



UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI

VICERECTORADO DE INVESTIGACIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA

TRABAJO ACADÉMICO

**“ÓBITO FETAL EN MULTÍPARA EN IPRESS II-1 LIMA,
2018”**

PRESENTADO POR

ARONE PALOMINO, SUSANA FILOMENA

ASESOR

MG. MARIO HERNÁN, BENETRES ESPINOZA

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN
EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS, ALTO RIESGO Y CUIDADOS
CRÍTICOS MATERNOS**

LIMA - PERÚ

2019

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARATULA	
PAGINA DE JURADO.....	i
ABREVIATURAS.....	v
RESUMEN.....	x
CAPÍTULO I.....	1
PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN	1
1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	1
1.2 JUSTIFICACIÓN	2
1.3 MARCO TEÓRICO	4
1.3.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	4
1.3.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES	4
1.3.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES	5
1.3.2 ÓBITO FETAL	6
1.3.2.1 DEFINICIÓN Y RESEÑA HISTORICA:	6
1.3.2.2 EPIDEMIOLOGÍA E INCIDENCIA	6
1.3.2.3 FISIOPATOLOGÍA.....	6
1.3.2.4 ETIOLOGÍA	6
1.3.2.5 FACTORES DE RIESGO	7
1.3.2.6 EVOLUCIÓN	7
1.3.2.7 MANIFESTACIONES CLÍNICAS.....	9

1.3.2.8 DIAGNÓSTICO:	9
1.3.2.9 TRATAMIENTO Y MANEJO.....	10
1.3.2.10 PRONÓSTICO Y PREVENCIÓN	10
1.3.3 PREECLAMPSIA	11
1.3.3.1 Definición	11
1.3.3.2 Etiología y Fisiopatología	12
1.3.3.3 Factores de Riesgo	12
1.3.3.4 Vigilancia fetal en Pre-eclampsia	12
1.3.3.5 Tratamiento	13
1.3.4 DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA (DPP).	14
1.3.4.1 Definición	14
1.3.4.2 Etiología.....	14
1.3.4.3 Diagnóstico	14
1.3.4.4 Tratamiento o manejo	15
1.3.4.5 Pronóstico	15
CAPÍTULO II	16
CASO CLÍNICO	16
ÓBITO FETAL EN MULTIGESTA EN IPRESS II-1 LIMA 2018.....	16
2.1 INTRODUCCIÓN	16
2.2 OBJETIVOS.....	17
2.3 SUCESOS RELEVANTES DEL CASO CLÍNICO	18

2.3.1 HISTORIA CLINICA.....	18
2.3.1.1 ANAMNESIS:	20
2.3.1.2 EXAMEN FÍSICO	22
2.3.1.3 EXÁMENES AUXILIARES	22
2.3.1.4 DIAGNÓSTICO	23
2.3.1.5 PLAN DE TRABAJO.....	23
2.3.1.6 TRATAMIENTO/ TERAPEUTICA	23
2.3.1.7 EPICRISIS GINECO OBSTÉTRICA	44
2.4 DISCUSIÓN	46
2.5 CONCLUSIONES.....	47
2.6 RECOMENDACIONES.....	48
BIBLIOGRAFIA.....	49

ABREVIATURAS

Amp.	Ampolla
APGAR	Prueba para evaluar a recién nacidos.
AQV	Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria
BTB	Bloqueo tubárico bilateral.
CA	Cesárea anterior.
CE	Consultorio externo.
CFV	Control de funciones vitales.
CID	Coagulación Intra-vascular diseminada.
CLAP	Centro Latinoamericano de Perinatología
CINa	Cloruro de sodio.
Cm	Centímetro.
CPN	Control pre natal.
CSTI	Cesárea segmentaria transversa iterativa.
CSV	Control de sangrado vaginal.
DB	Dieta Blanda.
DCP	Desproporción céfalo pélvica.
dl	decilitro.
D/C	Descartar.

DPP	Desprendimiento Prematuro de Placenta.
EG	Edad gestacional.
EHE	Enfermedad Hipertensiva del Embarazo.
EKG	Electrocardiograma.
ENDES	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar
EV ó IV	Vía endovenosa.
FC	Frecuencia Cardíaca.
FCF	Frecuencia cardiaca fetal.
FUMN	Fecha última de menstruación normal.
FPP	Fecha probable de parto.
FR	Frecuencia respiratoria.
FV	Funciones vitales.
G	Gestación.
gr.	Gramo.
GTM	Gentamicina.
Hb.	Hemoglobina.
HO	Herida operatoria
HELLP	Hemólisis
HTA	Hipertensión arterial.

Hr. Hrs	Hora, horas.
IM	Vía intra muscular.
IPRESS II-1	Institución Prestadora de Servicios de Salud, nivel dos, categoría uno.
IRS	Inicio de relaciones sexuales.
ITU	Infección del Tracto urinario.
LCF	Latidos Cardiacos fetales
LDH	Lactato deshidrogenasa
LP	Labor de parto.
LAV	Líquidos a voluntad.
lt.	Litro.
LU	Legrado Uterino
MAC	Método anticonceptivo.
Mcg	Microgramos
ml.	Mililitro
mmHg	milímetros de mercurio
OMS	Organización mundial de la salud.
OR	Odds Ratio – Medida estadística utilizada en estudios de investigación.
PA	Presión arterial.

PARA	Paridad.
PBF	Pérdida de bienestar fetal.
pH	Coeficiente que indica el grado de acidez o basicidad de una solución.
PO	Pos operatorio
PRN	Por razones necesarias.
RCIU	Restricción de crecimiento intra uterino.
Rh	Proteína integral de la membrana de los eritrocitos
RPM	Ruptura prematura de membranas.
RPR	Prueba rápida de descarte de sífilis.
SOP	Sala de operaciones
SS	Se sugiere.
T°	Temperatura.
THT	Trastorno hipertensivo del embarazo.
TGO	Transaminasa glutámico-oxalacética.
TGP	Transaminasa glutámico-pirúvica.
UI	Unidades internacionales.
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
UVI	Unidad de vigilancia intensiva.

VO

Vía oral.

RESUMEN

El óbito, es la muerte fetal intrauterina, mayor a 22 semanas de gestación o peso mayor a 500 gramos; es la pérdida irreparable e imborrable para los padres que esperan conocer a su niño por nacer, verlos crecer sanos y felices; es el acontecimiento más dramático que pueda experimentar un ser humano, ya que los niños representan “la esperanza de la humanidad” (1).

Por el mismo orden de idea el óbito fetal, es una verdadera emergencia obstétrica que compromete seriamente la salud de la madre, pudiendo llevar muchas veces a la muerte; sin pensar en las complicaciones y secuela que ésta puede dejar.

Presentamos el caso clínico de paciente Multípara de 32 semanas (ss) por fecha última de menstruación (FUM), el 29 de agosto del 2018 a las 12:59 horas, ingresa al servicio de emergencias de Ginecología y obstetricia de IPRESS II-1 en la ciudad de Lima, acompañado de su esposo, refiriendo dolor tipo contracción uterina y sangrado vaginal en regular cantidad hace tres horas; es recibida por el Obstetra de emergencia. Al examen presenta: Presión Arterial 150/90mmHg, pulso 100 por minuto, respiración, temperatura normal y latidos cardiacos fetales no audibles. Se comunica al Médico Gineco-Obstetra (MGO) de guardia, quien realiza barrido ecográfico confirmando el diagnóstico de óbito fetal. A las 13:15 es hospitalizada con diagnóstico: - Gestante 32 semanas por FUM, - Óbito fetal, - D/C Desprendimiento Prematuro de Placenta (DPP).

A las 13:35 es programada y pasada de emergencia a sala de operaciones con una unidad de sangre. A las 16:40 vuelve a hospitalización, pasada una hora y cincuenta minutos se solicita Interconsulta para evaluación del Médico Intensivista de Trauma-shock, quien acude inmediatamente y solicita internamiento en la unidad

de trauma-shock (UVI) con el diagnóstico de: Hipertensión crónica más Pre-eclampsia severa sobre agregada, PO 4hrs por óbito fetal y cesárea anterior dos veces.

A dos días es dada de alta en UVI y vuelve a Hospitalización de obstetricia para manejo por Gineco-obstetricia; evoluciona favorablemente hasta el cuatro de setiembre, fecha, que fue dada de Alta médica.

El trabajo, es una revisión de Caso Clínico de carácter descriptivo y retrospectivo, tomando como fuente la Historia clínica del paciente con diagnóstico de óbito fetal en IPRESS II-1 Lima 2018.

Palabras claves: Óbito fetal, Pre eclampsia y desprendimiento prematuro de placenta.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud advierte que en forma diaria alrededor del mundo aproximadamente 2,6 millones de niños por nacer mueren por razones que se pueden prevenir, y estas defunciones están directamente relacionadas a la etapa del embarazo; el 98% de estas muertes suceden en países en vías de desarrollo como es el caso nuestro, produciéndose un mayor porcentaje en las zonas rurales y marginales (3). Esto demuestra las diferencias estructurales que existen entre las zonas urbanas y rurales o alejadas; la atención especializada en estas pacientes es crucial, ya que pueden salvarle la vida de los niños por nacer.

Se viene reduciendo significativamente el número de muertes maternas e infantiles, sin embargo, no se toma en cuenta los óbitos fetales, consideradas “evitables” (2,3)

La mayoría de óbitos fetales se producen antes de 32 semanas de gestación, sin embargo, se debe tener en cuenta el riesgo de muerte fetal de la población gestante en cada semana de embarazo. Los fetos de 40 a 41 semanas tienen tres veces más riesgo que los de 42 semanas o más, 12 veces más riesgo de óbito que los fetos de 28 a 31 semanas (2).

La Organización Mundial de Salud (OMS) y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) revelan enormes desigualdades por todo el mundo; presentando Tasa de óbito fetal más alto en la India con 59,2 por 1000 nacimientos en 2015, seguido por Pakistán 43.1; Nigeria 42.9; Islandia 1.3 por 1000 nacimientos. En América Latina Tasa más alta en el 2015 es Haití 24.9 x 1000 nacimientos, seguido de Paraguay 13.4; Bolivia 12.9; Honduras 12.6; Brasil 8.6; en Chile y Argentina es similar al de Estados Unidos y Europa (3,4).

Las características generales del óbito fetal en el mundo han cambiado considerablemente y revelan que el 30% de los óbitos podrían atribuirse a complicaciones del cordón umbilical y placenta, es decir, hipoxia por insuficiencia útero placentaria y distocia funicular; 30 % a complicaciones maternas como: DPP, enfermedad hipertensiva del embarazo y diabetes mellitus; 20 % a causas desconocidas; 15 % a malformaciones congénitas y anomalías cromosómicas y 5 % a infecciones (2).

Según ENDES 2016 la Tasa de Óbito fetal en el Perú ascendería 14.95 x 1000 nacimientos; Siete de cada diez óbitos ocurren en el tercer trimestre, Lima, La libertad y Loreto reportan alta tasa de óbito fetal al igual que muerte materna; las primeras causas: muerte fetal no especificada, Hipoxia intrauterina, Hipertensión, enfermedad renal y las malformaciones congénitas (5).

Según el Área de estadística IPRESS II-1 Lima, la tasa de óbito fetal en el año 2016 es 6,71 x 1000 nacimientos.

1.2 JUSTIFICACIÓN

Es una situación alarmante que tengamos 2,6 millones de óbitos fetales anualmente en el mundo y 7, 200 bebés nacen muertos cada día (3). Nuestro objetivo principal,

en estos días, es la mejor asistencia obstétrica en la disminución de la muerte materna, de igual manera, es momento de dar una mirada en la dedicación en tiempo e interés al óbito fetal, en la identificación de factores de riesgo, detectar las causas precoz y oportunamente para mejorar las condiciones adecuadas de desarrollo de estos niños por nacer (2). Es importante que el obstetra especialista esté preparado para brindar apoyo en la etapa aguda del duelo de los padres y familiares; para interpretar con respeto y justicia la tristeza, añoranza, desesperación, frustración, rechazo, dolor y soledad (1).

Asimismo la motivación para revisar el presente caso clínico, es por la elevada incidencia que está presentando nuestro país 14.95 Óbitos fetales por 1000 nacimientos. Según ENDES 2016, Lima metropolitana, la Libertad y Loreto reportan alta tasa de Óbito fetal (3,4).

En la mayoría de oportunidades o veces, las gestante desconoce los signos de alarma en función al niño por nacer, llevando, al diagnóstico errado y tardío, a la vez por las complicaciones que puede dejar, como es una hemorragia, siendo entonces una de las primeras causas de morbimortalidad materno perinatal; en el Perú 7 de cada 10 óbitos fetales ocurren en el tercer trimestre (5,6). A pesar que se ha disminuido la muerte materna e infantil, a través de estrategias tales como: captación precoz de las gestantes, la identificación, el reconocimiento de signos de alarma, la atención por personal calificado para la vigilancia obstétrica, el aseguramiento al SIS de madres gestantes, entre otros. Seguimos en ascenso en cuanto a óbito fetal; por lo tanto, como obstetras especialistas tenemos la responsabilidad de asumir este reto o desafío para la finalización de estos embarazos en mejores condiciones de

desarrollo de los niños por nacer, con actitud tolerante, humanista y pertinencia intercultural (1, 2).

Por consiguiente, es fundamental el rol del obstetra especialista en dar a conocer los factores de riesgo, causas, características clínicas del Óbito fetal, así como el diagnóstico precoz, la referencia oportuna y manejo adecuado de estos casos, desde el primer nivel de atención hasta el establecimiento de mayor complejidad.

1.3 MARCO TEÓRICO

1.3.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES

El Óbito fetal es un problema de salud pública, que quebranta y vulnera la salud de la mujer gestante, pareja y familias por tratarse de una muerte intrauterina impactante, ya que los padres, la familia esperan conocer al nacimiento y ver crecer y desarrollarse saludable y vigorosamente dentro de la familia, y su comunidad.

- **Castillo, K (Ecuador – 2018), plantea “Determinar la incidencia de los factores más influyentes que desencadenan el óbito fetal en pacientes de 18 a 35 años de edad en el Hospital General Liborio Pachana Sotomayor, en el periodo comprendido enero 2016 a enero 2018”, concluyendo que la edad gestacional y los factores de riesgo materno están directamente asociados al desarrollo de óbito fetal. Mayor frecuencia es de sexo masculino, edad materna de 25 a 30 años y en edad gestacional mayor a 28 semanas; las infecciones de tracto urinario generó desprendimiento prematuro de placenta (DPP), ruptura prematura de membranas (RPM), compresión del cordón umbilical, y disminución de la perfusión placentaria (7).**

- **Túa K. (Ecuador - 2018) “Factores de riesgo materno asociados al óbito fetal en el servicio de centro obstétrico del Hospital San Vicente de Paúl durante el periodo 2015 – 2017”. Ibarra. Ecuador.** En una muestra de 76 casos describió como factores sociodemográficos más frecuentes a: edades entre 25 a 35 años, residentes en zona urbana, grupo etnia mestizas, ocupación ama de casa, grado de instrucción secundaria; dentro de la morbilidad materna a: infecciones de tracto urinario, anemia, obesidad y factores menos frecuentes a abortos, ruptura prematura de membranas (8).

1.3.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES

Existe muy poca investigación nacional actualizada al respecto, pero se logró encontrar lo siguiente:

- **Mauricio D. (Lima 2012)** Plantea determinar “**Factores de riesgo en muerte fetal intra-útero en el hospital de apoyo María Auxiliadora 2005-2010**”, obteniendo los siguientes resultados: La tasa de muerte fetal intra-útero fue 20.7 por 1000 nacidos vivos. Las variables **Pre-concepcionales** (nulíparas 11.8, analfabetas 8.76, adolescentes 6.8, añosas 4.6), **Concepcionales** (no control pre natal 17.1, anemia 7.21, placenta previa 6.91, embarazo múltiple 6.75, cardiopatías 6.03, eclampsia 5.37, RPM5.14, DCP 4.53, DPP4.70, ITU 4.24, labor de parto prolongado4.04, RCIU 3.36, diabetes mellitus 2.69), e **Intra-parto** (trabajo de parto prolongado 6.65, presentación podálica 3.49), fueron significativos con resultados estadísticos Odds ratio (OR). Se concluye, que existen factores de riesgo pre-concepcionales, concepcionales e intra-parto importantes para la muerte fetal intra-útero (9).

1.3.2 ÓBITO FETAL

1.3.2.1 DEFINICIÓN Y RESEÑA HISTORICA:

El evento evolutivo del embarazo necesita cambios en los sistemas hormonal, metabólico e inmunológico de la madre; dentro de estos cambios, aparece un nuevo órgano, la placenta que nutre de manera activa y protege al feto en crecimiento (2). La definición es considerada como un conjunto de alteraciones permanentes o transitorias que generan la disminución de oxígeno en la circulación fetal, provocando la elevación de dióxido de carbono (9).

1.3.2.2 EPIDEMIOLOGÍA E INCIDENCIA

En el mundo 7,200 bebés nacen muertos cada día. En el Perú según ENDES 2016 la tendencia del óbito fetal se incrementa desde el año 2011. Con información de la vigilancia y considerando óbito fetal desde las 22 semanas de gestación la tasa de óbito fetal ascendería a 14.95 x 1000 nacidos vivos (3,5).

A nivel local en IPRESS II-1 según la Unidad de estadística en el año 2016 es 6,7 por 1000 nacimientos.

1.3.2.3 FISIOPATOLOGÍA

Previo al óbito existe un conjunto de alteraciones – pérdida de bienestar fetal, por la disminución de oxígeno y aumento de dióxido de carbono, acidosis respiratorio y estímulo en el tono simpático causando taquicardia fetal; Seguidamente se produce el aumento de hidrogeniones, disminución del pH generando acidosis metabólica y disminución de oxígeno llegando a niveles críticos, se suma el aumento del tono vagal causando bradicardia fetal irreversible y obita (2, 11)

1.3.2.4 ETIOLOGÍA

En función de los datos disponibles, aproximadamente el 30 % de óbitos pueden ser atribuidas a hipoxia (insuficiencia útero placentaria en embarazos prolongados),

otro 30 % a complicaciones maternas (Trastornos hipertensivos del embarazo, desprendimiento prematuro de placenta y diabetes mellitus), un 15 % a malformaciones congénitas y anomalías cromosómicas, 5 % a infecciones y el 20 % de óbitos no tendrían una causa conocida o evidente (2).

En el país 7 de cada 10 óbitos ocurren en el tercer trimestre de gestación. Dentro de las causas de óbito fetal agrupadas según CIE 10 Perú 2015 – 2016 podemos mencionar en 20.13 % a hipoxia, 13.82 % a condiciones maternas (enfermedad renal, anemia e hipertensión crónica), 8.80 % a malformaciones congénitas y anomalías cromosómicas, 8.53 % complicaciones de la placenta, cordón umbilical y de las membranas, 7.54 % a complicaciones maternas del embarazo (THE, hemorragias y diabetes mellitus), el 36.12 % a causa no conocida o no especificada y 5.05 % a infecciones (5, 12).

1.3.2.5 FACTORES DE RIESGO

El óbito fetal está asociado a enfermedades en la madre como la diabetes mellitus, lupus eritematoso, anemia severa, embarazo prolongado, insuficiencia útero placentaria, amenaza de parto pre-término, incompatibilidad Rh y restricción de crecimiento intrauterino, hipertensión crónica, hipertensión gestacional, pre eclampsia severa, eclampsia, edad materna extrema (mayor a 35 y menor de 15 años), oligo-hidramnios, poli-hidramnios y antecedentes de óbito fetal (2,13).

1.3.2.6 EVOLUCIÓN

La pérdida de bienestar fetal, puede ser detectada a tiempo, siempre y cuando tenga la atención prenatal con vigilancia estricta, evaluación clínica minuciosa para identificación oportuna de los factores de riesgo y el diagnóstico. El sufrimiento

fetal agudo es por la alteración del intercambio de oxígeno que va ocasionar periodos de hipoxemia (hipoxia), asfixia y muerte (2, 14)

Para establecer un óbito fetal es necesario considerar el sufrimiento fetal expuesto a hipoglucemia. La hipoxia y la acidosis inducen la hiperactividad de las catecolaminas, mismas que promueven la glucogenólisis hepática. La hipoxia también acelera la utilización de glucosa debido a los efectos del metabolismo anaerobio (15).

También es necesario tener las siguientes consideraciones:

Meconio en líquido amniótico: Presente cuando se altera el medio intrauterina o amniótica por la estimulación a nivel del sistema nervioso central, la cual estimula el aumento de los movimientos del aparato digestivo fetal a nivel de la musculatura lisa, generando la relajación del esfínter anal y por consiguiente la salida de heces fetales llamado meconio (14,16).

Score APGAR: La puntuación del APGAR ayuda en identificar los factores que coadyuvan predecir el cuadro de sufrimiento fetal por hipoxia, ya que el puntaje del score del APGAR es alterado por la acidosis metabólica que sufre el feto en sufrimiento (14,16).

Cambios neurológicos: Se presenta cuando se produce una asfixia fetal por acidosis a nivel sanguíneo, con Ph menor a 7.1, score APGAR desfavorable donde será necesario ventilación artificial prolongada, demostrando daño multi-sistémico por hipoxia fetal (14,16).

1.3.2.7 MANIFESTACIONES CLÍNICAS

La mayoría de óbitos fetales se producen antes de la semana 32 de gestación (2.17), siguiendo este razonamiento podemos observar que el caso clínico presentado corresponde a gestante de 32 semanas (SS) por fecha última de menstruación normal (FUMN)), sin embargo, en el control prenatal no se tomó en cuenta el antecedente de cesárea por pre-eclampsia severa de 36 SS por FUMN con neonato de 2390 grs el 23 de marzo del 2016.

Síntomas:

- Disminución y/o ausencia de movimientos fetales
- El dolor abdominal bajo tipo contracción, de característica irregular.
- Sangrado vaginal
- Pérdida de líquido meconial o sanguinolento

1.3.2.8 DIAGNÓSTICO:

Se basa en combinar los hallazgos clínicos de óbito fetal con los valores ecográficos y pruebas de bienestar fetal.

Habitualmente el óbito fetal puede ocurrir sin ninguna señal de aviso, pero, si la madre percibe movimientos fetales disminuidos y/o ausentes, pérdida de líquido amniótico, dolor tipo contracción uterina, sangrado vaginal marrón, son señales de alarma, por lo tanto, debe acudir de inmediato a un establecimiento de salud más cercano (18)

Se sospecha cuando desaparece los movimientos fetales, ausencia de latidos cardiacos fetales y ausencia de crecimiento uterino (19)

Se confirma con ecografía mediante la visualización del corazón fetal, demostrando la ausencia de la actividad cardiaca fetal por lo menos por dos minutos (19).

1.3.2.9 TRATAMIENTO Y MANEJO

El óbito fetal constituye un acontecimiento traumático para los padres, para su entorno familiar y social. El apoyo y la comprensión permiten proporcionar un entorno conocido donde prime la empatía.

Tras el diagnóstico certero de óbito fetal la actitud terapéutica debe ser la finalización del embarazo. El 80 % de casos se iniciará espontáneamente entre las 2 ó 3 semanas que siguen al momento trágico del óbito fetal; el momento y los métodos del fin de la gestación o embarazo dependerán de los antecedentes, tiempo pos óbito, historia clínica materna y preferencias de la madre, teniendo siempre presente que la retención de óbito fetal prolongado puede desarrollar complicaciones severas en la madre, debe finalizar el embarazo de inmediato en casos de signos y síntomas de infección, ruptura prematura de membranas y problemas de coagulo Patía (20).

Aunque en la mayoría de casos la pre eclampsia no determina secuelas persistentes, estudios recientes indican que aproximadamente el 20% de las mujeres afectadas desarrolla hipertensión y micro albuminuria en los 07 años posteriores a una gestación complicada con pre eclampsia. También se duplica el riesgo a largo plazo de enfermedades vasculares, cardiacos y el encéfalo (21).

1.3.2.10 PRONÓSTICO Y PREVENCIÓN

El pronóstico va a depender de la oportunidad del diagnóstico, la precocidad.

Es importante el esfuerzo que deben de realizar los profesionales de la salud, en especial los obstetras especialistas.

La valoración materna de la actividad fetal puede ser ideal para la vigilancia fetal en el control prenatal, si la madre detecta menos de tres movimientos en una hora, o no aprecia movimientos durante 12 horas es una señal de alarma. Es importante determinar la causa del óbito fetal, para poder brindar una buena consejería a la paciente, su pareja sobre el riesgo descrito de recurrencia y se restablezca un plan de cuidado para los siguientes embarazos. El obstetra deberá identificar factores de riesgo y un plan de cuidado para los siguientes embarazos, evaluación y control prenatal en todos los embarazos con recuento rutinario de movimientos fetales, detección de malformaciones, vigilancia para la detección de Retardo de crecimiento Intra Uterino (RCIU) con medidas seriadas de altura uterina y ecografía en pacientes con alto riesgo obstétrico (2). Proporcionar informe honesto y comprensible, apoyo emocional, contribuir al esclarecimiento de las dudas, facilitar y respetar sus creencias. Se debe tener en cuenta las complicaciones potenciales sobre la salud materna (22).

1.3.3 PREECLAMPSIA

1.3.3.1 Definición

Es un conjunto de síntomas asociado a datos clínicos diversos o heterogéneos, siendo una enfermedad idiopática específica de la placenta, por presentarse en embarazos molares, donde solamente existe el trofoblasto, así como en embarazo ectópico abdominal, es decir, no son necesarios el feto ni el útero para el desarrollo de la pre eclampsia (23). Es una enfermedad vinculada a daño endotelial, llegando a manifestarse en casi todos los aparatos, sistemas y el feto. Síndrome materno (hipertensión y proteinuria con o sin compromiso multi-sistémico y síndrome fetal Oligo-hidramnios, RCIU, alteraciones de oxigenación. La tasa de óbito fetal en

mujeres con Pre-eclampsia aumenta cinco veces, hasta 15 % de nacimientos pre términos y hasta 30 % de RCIU (24).

1.3.3.2 Etiología y Fisiopatología

Es una enfermedad que se caracteriza por hipertensión y proteinuria, que contribuye significativamente en la morbimortalidad materno perinatal. Es también una enfermedad de escasa comprensión. La manifestación de proteinuria es el marcador para diferenciar entre pre-eclampsia y otras formas de hipertensión en el embarazo, sin embargo, las pacientes en forma individual están en riesgo significativo sin reunir todos los criterios en el entendimiento de pre eclampsia. En países en vías de desarrollo, como el nuestro, el diagnóstico precoz, vigilancia estricta en el control pre natal por obstetras especialistas, disponibilidad al acceso de la atención hospitalaria y la interrupción oportuna del embarazo reduce considerablemente la morbimortalidad materna y mejorar las condiciones obstétricas y lograr el avance en la prevención (24).

1.3.3.3 Factores de Riesgo

La complejidad de esta enfermedad se evidencia en los factores de riesgo asociados con el desarrollo de pre-eclampsia. El antecedente de la enfermedad en el embarazo anterior es el factor de riesgo obstétrico más importante, edad mayor a 35 años, carencia de control pre natal, obesidad, diabetes mellitus, la hipertensión crónica, nuliparidad, embarazo múltiple, embarazo molar, embarazo asistido, iso-inmunización, enfermedad congénita cardíaca e hipertiroidismo no controlado (25).

1.3.3.4 Vigilancia fetal en Pre-eclampsia

Uno de los mecanismos fundamentales en el desarrollo de la pre-eclampsia es la deficiente invasión del trofoblasto, ocasionando la hipoxia hacia la placenta y la

liberación de diversas sustancias con acción en el endotelio materno. La evaluación del bienestar fetal en la pre-eclampsia es la vigilancia de las condiciones maternas y fetales para evitar las posibles complicaciones. La presencia de oligo-hidramnios o restricción del crecimiento intra uterino, o ambos, son criterios para clasificar el síndrome como severo. El manejo integral de la Pre-eclampsia comprende la utilización de todas las herramientas disponibles con el fin de evaluar el bienestar del binomio madre y feto. La condición del feto en la Pre-eclampsia es lábil, cualquier cambio en la oxigenación y el estado ácido-base fetal puede acarrear consecuencias devastadoras, en los casos de insuficiencia placentaria, el único método de vigilancia eficaz es el control de bienestar fetal; por ser un indicador para la toma de decisión en la finalización del embarazo (24,25).

1.3.3.5 Tratamiento

En los embarazos a término el parto es el tratamiento de elección, independientemente de la gravedad de la enfermedad, pero, en los embarazos pre-términos el parto quizá no sea la mejor opción para el feto. En pre-eclampsia severa con disfunción de órganos terminales maternos y compromiso fetal severo, síndrome de HELLP son indicaciones de parto independientemente de la edad gestacional. El tratamiento antihipertensivo no influye en la evolución de la enfermedad ni mejora el pronóstico. La hipertensión y la proteinuria desaparecen 1 a 2 semanas pos parto. Estudios recientes indican que aproximadamente el 20% de las mujeres con pre-eclampsia desarrollan hipertensión y micro-albuminuria en los 07 años posteriores a un embarazo complicado con pre-eclampsia, también se duplica el riesgo a largo plazo de enfermedades vasculares en el corazón y encéfalo (21, 25)

1.3.4 DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA (DPP).

1.3.4.1 Definición

Es la separación abrupta parcial o total de la placenta normalmente implantada de la pared uterina, después de las 20 semanas de gestación, pero, previo al parto, se caracteriza por presentar sangrado vaginal uterino externo u oculto, hipertonía e Hipersistolia uterina con distrés en el feto u óbito fetal. Se clasifican en tres grados.

Grado 1: Sangrado vaginal leve, irritabilidad uterina, resultados de fibrinógeno normal y frecuencia cardiaca fetal (FCF) normal.

Grado 2: Sangrado vaginal moderado, hipertonía uterina, taquicardia materna, nivel de fibrinógeno por debajo de lo normal, taquicardia fetal.

Grado 3: Sangrado vaginal severo, hipertonía (Tetánico) uterina muy dolorosa, hipotensión materna, bradicardia fetal y el nivel de fibrinógeno menor a 150mg/dl (2,26).

1.3.4.2 Etiología

El desprendimiento Prematuro de Placenta (DPP) es una complicación obstétrica de etiología desconocida, sin embargo, estudios recientes demuestran factores relacionados al DPP serían: la edades extremas, paridad, hipertensión arterial (P/A >140/90 mmHg), traumatismos maternos, sobre distención uterina por embarazo múltiple o poli hidramnios, cambios patológicos en el lecho placentario por anomalías vasculares, antecedentes de óbito fetal por DPP (2,27).

1.3.4.3 Diagnóstico

El diagnóstico está basado en la identificación de los signos y síntomas como: Sangrado vaginal uterino externo u oculta, el sufrimiento o muerte feta y la hipertonía e hipersistolia (contracción uterina tetánica) y evaluación ecográfica que permite describir el tamaño y la ubicación de la hemorragia, lo que permite al

obstetra comprender el mejor momento de la gravedad hemodinámica materno perinatal (2, 28).

1.3.4.4 Tratamiento o manejo

El tratamiento es terminar el embarazo por cesárea independientemente de la edad gestacional. En caso de inminencia de parto (dilatación >a 8cm) intentar el parto vaginal con soporte hemodinámico. En caso de óbito fetal la decisión de la vía del parto será individualmente. Útero infiltrado (útero de Courvalier) que no se contrae será reposición de fibrinógeno, puntos de T. Lynch o histerectomía (10,28)

1.3.4.5 Pronóstico

La mortalidad materna por desprendimiento prematuro de placenta, ha disminuido por un mejor conocimiento del síndrome y por la eficacia de los tratamientos. Sin embargo, aún es una de las principales causas de la morbimortalidad materna. Teniendo como pronóstico grave condicionado por shock hipovolémico y anemia. La morbimortalidad fetal es directamente proporcional a la superficie de la placenta desprendida, a la rapidez de medidas de soporte neonatal.

CAPÍTULO II

CASO CLÍNICO

ÓBITO FETAL EN MULTIGESTA EN IPRESS II-1 LIMA 2018

2.1 INTRODUCCIÓN

La asociación de muerte materna, Pre eclampsia (PE) y desprendimiento prematuro de placenta (DPP) es frecuente, tal como ocurre en el óbito fetal, además, es de causa directa y de elevada prevalencia; es una verdadera emergencia obstétrica que compromete seriamente la salud de la madre, pudiendo llegar muchas veces a la muerte; sin pensar en las complicaciones y secuelas que esta puede dejar; por lo que el Ministerio de Salud está implementando estrategias para evitar un desenlace fatal en el binomio; tales como: Control pre natal precoz, captación de gestantes, identificación de los signos de alarma en el embarazo por la paciente, implementación de claves (roja, azul y amarilla) en el servicio de emergencias y el fortalecimiento de las referencias; pero algunas veces esto parece insuficiente.

Por lo cual, presentamos la revisión de este caso clínico, que se trata de un evento ocurrido en IPRESS II-1 Lima - 2018. Paciente mujer de 41 años G6P3023, múltipara de 32 semanas de gestación, cesárea anterior dos veces, la última en el

año 2016 por pre-eclampsia severa, acude a emergencia del servicio de ginecología y obstetricia por presentar dolor tipo contracción uterina, disminución de movimientos fetales y sangrado vaginal hace tres horas. Es hospitalizada con el diagnóstico de : Gestante de 32 semanas por ultima regla normal, Óbito fetal/Pre-eclampsia (PE)/ desprendimiento prematuro de placenta (DPP), se hará necesario la evaluación, descripción y análisis del control prenatal, condiciones en que llegó la paciente, el manejo y tratamiento intrahospitalario que recibió según el nivel de atención (18), en el cual, una gestante con alto riesgo obstétrico, asociados a Pre-eclampsia (PE) / desprendimiento prematuro de placenta (DPP) culminó en cesárea con transfusión sanguínea por Óbito fetal/DPP evolución materna favorable.

2.2 OBJETIVOS

1. Describir factores de riesgo del óbito fetal en IPRESS II-1 Lima 2018 para mejorar las condiciones de desarrollo y crecimiento de los niños por nacer.
2. Determinar si el diagnóstico y manejo del IPRESS II-1 Lima 2018, fueron adecuados.
3. Precisar el rol del obstetra especialista en la atención de gestantes con óbito fetal.

2.3 SUCEOS RELEVANTES DEL CASO CLÍNICO

2.3.1 HISTORIA CLINICA

EL 29 DE AGOSTO DEL 2018, 12:59 HORAS:

En el servicio de Emergencias de Ginecología y obstetricia de IPRESS II-1 LIMA 2018, es recibida por obstetra de turno en Triage de Emergencias obstétricas.

Carnet Perinatal y exámenes previos en el control prenatal en IPRESS I-1 (dos controles), en IPRESS II-1 (dos controles).

Establecimiento: IPRESS II-1

Referencia: No Aplica

Tipo Seguro: Seguro

Código Afiliación Seguro: 5/C

Edad: 40

Años aprobados: >35

Nombre: Andrea Caceres

Cod. Sector: 1-18

Estudios: Analfabeta Primaria Secundaria Superior Superior N° Univ.

Estado Civil: Casada Conviviente Soltera Otro

Provincia: Lima

Padre RN:

Antecedentes Obstétricos:

- Abortos: 02
- Partos: 03
- Vaginales: 01
- Cesáreas: 02
- Nacidos vivos: 03
- Nacidos muertos: 00
- Viven: 03
- Muerto - 1ra semana: 00
- Después - 1ra semana: 00

RN de mayor peso: 2800g

Gestación Anterior: Fecha 23/03/16

Terminación: Parto Vaginal Cesárea Aborto Ectópico Aborto molar No Aplica

Si fue aborto: Incompleto Completo Frustrado/Retenido Séptico No Aplica

Lactancia Materna: no hubo < 6 meses 6 meses o más No aplica

Lugar del parto: EESS Domicilio

Antecedentes Familiares: Ninguno Malaria Hipertensión Arterial Hipotiroidismo Diabetes Hna-TBC Pulmonar Otros

Antecedentes Personales: Ninguno Aborto habitual/recurrente Alcoholismo Alergia a medicamentos Violencia Asma Bronquial Cardiopatía Cirugía Pélv.-uterina Diabetes Eclampsia Enferm. Congénitas Enferm. Infecciosas Epilepsia Hemorra. Postparto Hipertensión Arterial Infertilidad Neoplasias Otras Drogas Parto prolong. Preeclampsia Prematuridad Reten. placenta TBC Pulmonar Coca Transform. mentales VIH/SIDA Otros

Antitética: Previa 1ra 2da

Tipo de Sangre: Grupo: A B AB O

Rh: Rh (+) Rh (-) Sen Desc Rh (-) No Sen Rh (-) Sen

Fecha Última Menstruación: FUM: 17/11/18

Hospitalización: Hospitalización: Si No

Emergencia: Fecha: / /

Diagnóstico:

Exámenes de Laboratorio:

Fecha	Hg (%)	Negativo	Positivo	No se Hizo	No Aplica	Fecha
26/4/18	12.5	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18/6/18	11.5	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
26/4/18		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18/6/18		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
26/4/18		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18/6/18		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Fecha Probable de Parto: 24/10/18

VER PRENATALES	ATENCIÓN 1	ATENCIÓN 2	ATENCIÓN 3	ATENCIÓN 4	ATENCIÓN 5	ATENCIÓN 6	ATENCIÓN 7	ATENCIÓN 8	ATENCIÓN 9
hora atención (mm)	25/14/18:	28/15/18:	9/16/18:	9/17/18:	20/18/18:				
est. (semanas)	14.55	18.5	20.4	24.5	30.455				
padre (kg)	67	70	70	73	75.5				
temperatura (°C)	36.5	36.5	36.9	36.1	—				
presión arterial (mm Hg)	120/60	140/100	150/90	135/86	180/120				
presión arterial materno (por min.)	76	84	97	98	32				
altura uterina (cm)	14	18	19	25	32				
posición (I./T./NA)	NA		Incl.	—	—				
presentación (C./P./NA)	NA		Incl.	—	—				
posición (P./NA)	NA	Incl.	Incl.	—	—				
peso (kg) (NA)			145x1	150x1	140x1				
hemoglobina fetal (HbF) (NA)			+						
hematuria Cualitativa (NA)									
edema (NA)	SE	SE							
diagnóstico Obstetétrico (NA)									
examen de Pezón (NA)	F								
hierro (Ac Fólico) (NA)			SF1	SF2					
calcio (NA)									
ácido fólico (NA)	30	30							
perfil de riesgo (NA)	13.4	—							
biométrico (NA)	25-5-18	—	9/7/18						
dirección domicilio (NA)									
tipo parto (NA)									
responsable atención	EPRESSI	P-I-I	I-I	I-1	III-2				
Formato SIS			ARO x	CA	2 Vales				
					Tarjeta				

21 de abril 2018

Ecografía Obstétrica: Feto único, presentación indiferente, líquido amniótico en volumen normal.

Conclusión: Embarazo de 13.1 semanas.

26 de abril 2018.

- Hemoglobina: 12.5 gr/dl.

- Hematocrito: 38 %

- Glucosa: 69 mg/dl.

- Grupo Sanguíneo: O.

- Factor Rh: positivo.

Examen Completo de orina:

Color: Amarillo

Aspecto: Transparente.

Densidad: 1020

Ph: 6.0 (ácido)

Examen Químico: Negativo

Sedimento Urinario:

Leucocitos: 0-1 x Campo.

Hematíes: 0-1 x Campo.

Células Epiteliales: 0-1 x C.

Gérmenes: Escasos.

El 29 DE AGOSTO DEL 2018, 13:00 HORAS:

En el servicio de Emergencias de Ginecología y obstetricia de IPRESS II-1 LIMA 2018, es presentada por obstetra de triage al equipo de guardia, a paciente mujer con la siguiente Historia Clínica (29).

2.3.1.1 ANAMNESIS:

1.1 Datos de Filiación:

- Edad: 41 años

- Sexo: femenino

- Estado Civil: Casada

- Ocupación: ama de casa

- Residencia: distrito de Ate

- Grado de Instrucción: secundaria completa
- Lugar de Referencia: Centro de Salud Manylsa

1.2 Motivo de Consulta:

- Dolor tipo contracción uterina,
- Sangrado vaginal de regular cantidad
- Disminución de movimientos fetales, desde hace tres horas.

1.3 Antecedentes Familiares:

- Diabetes: Hermana.
- Tuberculosis Pulmonar: Esposo.

1.4. Antecedentes Personales:

- Abortos previos: dos
- Cesárea anterior: dos veces (2002 y 2016)
- Hipertensión Arterial-Pre eclampsia
- Parto Pre término.
- Alergias: no refiere

1.5. Antecedentes Ginecológicos-obstétricos

- Menarquia: 13 años - IRS: 18 años
- FUR: 17-01- 2018 - FPP: 24-10-2018.
- G6 P3023 - E.G: 32 semanas.
- FUP: Cesárea por Pre eclampsia severa el 23 de marzo 2016.
- Cesárea previa dos veces en 2002 y 2016

- Parto pre término.

- MAC: ninguno

2.3.1.2 EXAMEN FÍSICO

-Talla: 1.49cm

- Peso: 75 Kilos

- Presión Arterial: 150/90 mmHg.

- Pulso (FC): 100 por minuto (x').

- Frecuencia Respiratoria (FR): 20 x'.

- Temperatura (T°): 36.7 grados centígrados (°C).

- Saturación de oxígeno (SpO2): 95 %

En Aparente Regular Estado General (AREG), lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona (LOTEP), afebril, piel y mucosas pálidas y secas, quejumbrosa.

-Altura uterina: 32 cm.

- Feto: longitudinal cefálico derecho.

- Latidos cardiacos fetales: No audibles al estetoscopio de Pinard.

- Tacto Vaginal:

- Vagina = amplia, elástica.

- Cérvix: Centralizando

- Incorporación 50%.

- Dilatación 2 cm,

- Altura de presentación -3,

- Membranas Integras.

2.3.1.3 EXÁMENES AUXILIARES

- Barrido ecográfico en emergencia: Óbito fetal.

Se solicita:

- Perfil de Pre eclampsia
- Perfil Prenatal
- Prueba cruzada para transfusión de paquete globular.

2.3.1.4 DIAGNÓSTICO

1. Gestante de 32 semanas por ecografía del primer trimestre.
2. Óbito fetal/DPP
3. D/C Pre-eclampsia.

2.3.1.5 PLAN DE TRABAJO

29 de agosto del 2018, 13.15 horas:

Se hospitaliza y es programada para sala de operaciones (SOP)-Cesárea de emergencia.

2.3.1.6 TRATAMIENTO/ TERAPEUTICA

1. NPO
2. ClNa 9% 1000 cc doble vía.
3. Pasar a SOP previa coordinación con Banco de sangre para prueba cruzada y un paquete globular.
4. Control de funciones vitales.

29 de agosto 2018, 13:15 horas:

Notas del Obstetra de Emergencia.

Paciente mujer ingresa a Emergencia en compañía del esposo, por presentar sangrado vaginal hace tres horas.

F.V: FC: 100 x´ P/A: 150/90 mmHg, Tº: 36.7 °C, FR: 20x´

Se permeabiliza doble vía periférica cloruro de sodio 9 % 1000cc y se coordina con laboratorio para los exámenes y se comunica a Anestesiología (SOP).

29 de agosto 2018, 14:05 horas:

Informe Operatorio:

- Paciente de 41 años
- Intervención Quirúrgica: Cesárea
- Tipo de anestesia: Epidural
- Diagnóstico Pre operatorio:

Gestante 32 semanas con óbito fetal

Desprendimiento Prematuro de Placenta (DPP)

Enfermedad Hipertensiva del Embarazo (EHE).

-Diagnóstico Posoperatorio:

- Óbito fetal
- DPP útero de Couvalier
- EHE

Hallazgos: Óbito fetal de sexo masculino, de peso 1430 kg, talla 40.5 cm, APGAR cero, líquido amniótico sanguinolento, sangrado aproximado 1000 cc, útero de Couvalier infiltrado en cara anterior 70 %, placenta con DPP 60%.

Incidentes: Se coloca Misoprostol 200 mcg SL para aumentar contracción uterina.

Paciente estable en recuperación.

29 agosto 2018. 14:23:15 horas:

Resultados de los Primeros exámenes de laboratorio:

Hematología:

Hemoglobina: 9.9gr/dl

Hematocrito 29 %

Hemograma:

Recuento leucocitos 9, 830 mm³

Abastoados: 00%

Segmentados: 76 %

Eosinófilos: 01 %

Basófilos: 00 %.

Monocitos: 05 %.

Linfocitos: 18 %

Glucosa: 93 mg/dl

Creatinina: 0.47 mg/dl

Ácido úrico: 3.9 mg/dl.

Urea: 12mg/dl.

Deshidrogenasa Láctica (DHL): 418 U/L

Transaminasa oxalacética (TGO): 32U/L.

Transaminasa pirúvica (TGP): 16 U/L.

Grupo: "O".

Factor RH: Positivo.

Recuento Plaquetario: 149,000xmm³.

Examen completo de orina:

Color: amarillo

Aspecto: transparente.

- **Sedimento urinario:**

- Cel. Epiteliales: Escasas.

Leucocitos. 0– 1 x Campo.

Hematíes: 0-1 x Campo.

Gérmenes: Escasos.

29 de agosto 2018, 14:35 horas:

Prueba cruzada compatible con LOTE 1806806

Transfusión de un paquete globular en Sala de Operaciones, 14:35 a 15:15 horas

29 de agosto 2018, 15:00 horas:

Evaluación y Terapéutica por MGO en SOP para Hospitalización:

- NPO
- Dextrosa al 5 % 1000 cc + Oxitocina 30 UI + Hipersodio 02 amp: I – II frascos a 20 gotas por minuto.
- Clindamicina 900 mg EV C/8 horas.
- Gentamicina 80 mg EV C/8 horas.
- Metamizol 02 gr. + tramadol 100 mg en ClNa 9 % 100 cc. EV c/8 horas.
- ClNa 9 ‰ 1000cc + sulfato de magnesio 06 Amp. = a XXX gotas X'.
- Dexametazona 12 mg. EV Stat.
- Metil-dopa 500mg VO C/8 hrs.
- Nifedipino 10 mg VO condicional a P/A >160/110 mmHg.
- Control de PA con monitor permanente.
- SS: Hemoglobina, Hematocrito, Hemograma y DHL control.

29 de agosto 2018, 15:35 horas:

Es evaluada por médico anestesiólogo quien da el ALTA e indica pase a Hospitalización de Obstetricia. P/A: 134/94 mmHg.

Notas del obstetra de Hospitalización:

16:40 horas.

Paciente adulto sexo femenino de 41 años, ingresa a Hospitalización, procedente de SOP, con Diagnóstico de CSTI por Óbito fetal.

Se controla FV: T°: 37 °C FC: 89 x' FR: 20 x' P/A: 120/80 mmHg, con vía permeable en Miembro Superior Izquierdo. Iniciando el frasco I (Dextrosa al 5 % 1000cc + oxitocina 30 UI + hipersodio 2 amp) a xxx gotas por minuto.

18:00 horas.

Tratamiento:

Clindamicina 900 mg EV

Gentamicina 80 mg EV

Metamizol 2gr EV

Tramadol 100 mg EV

18:20 horas.

Fs Vs: P/A 178/120 mmHg, FC 104x', FR20 x'

Se solicita I/C a Trauma shock.

29 de agosto 2018, 18:38 Horas:

Es evaluada por el Médico de Trauma shock, con el siguiente informe:

Paciente mujer 41 años, puérpera por cesárea de óbito fetal, antecedente de Pre-eclampsia con tratamiento de Metil-dopa. Se estabiliza por tener P/A: 177/118 mmHg. PAM: 104. Se toma AGA y se indica traslado a UVI.

18:45 horas.

Paciente mujer 41 años, POI de 4 horas CSTI x óbito fetal/DPP, EHE, pasa a trauma shock.

P/A: 177/118 mmHg

18:57 horas.

Evaluación e Ingreso a la Unidad de Traumashock (UVI).

Paciente de sexo femenino de 41 años de edad, ingresa a la unidad de TRAUMA SHOCK (UVI), en camilla con Diagnostico:

- Hipertensión Crónica + Pre eclampsia severa Sobre agregada
- POI 4 horas de CSTI por Óbito fetal.
- D/C Coagulopatía por DPP.

Funciones Vitales: P/A180/120mmHg, FC 119 X',

19:00 horas.

Evaluación Médica en UVI:

Paciente con antecedente de Hipertensión crónica, THE, cesáreas previas, sin BTB, con tratamiento regular, seguimiento de manejo cardiológico en IPRESS II-1 Lima. Ingresa en camilla, despierta, con palidez en piel y mucosa y deja la siguiente indicación:

- Dieta líquida (tolerancia oral)
- Cloruro de sodio 9% 1000 cc como vía. I, II fcos
- Dextrosa al 5 % 1000cc + 30 UI de oxitocina + hipersodio al 20% 02 ampollas a 25 gotas por minuto.
- Sulfato de magnesio 06 ampollasen 1000cc de cloruro de sodio a 30 gotas por minuto.

- Alfa Metil-dopa 01 grm V O cada 08 horas
- Nifedipino 10 mg VO. PRN PA >150/90 mmHg
- Clindamicina 900 mg EV c/8 hrs.
- Ciprofloxacino 400 mg EV c/ 12 hrs
- Tramadol 50 mg SC c/8 hrs.
- Ranitidina 50 mg EV c/8hrs
- Ácido tramecxanico 1grm EVc/12hrs.

29 de agosto 2018, 19:00 horas:

Nota de enfermería sala de trauma-shock (UVI).

Paciente adulta mujer de 41 años de edad se encuentra despierta, AREG, LOTEP, con ventilación espontánea, SatO2 98 %, con vía periférica en miembro superior derecho, pasando nitroglicerina 50 mg, dextrosa al 5 % 30cc/hora, por infusión rotulada, portando sonda Foley permeable, abdomen blando depreciable, doloroso a la palpación, herida operatoria limpio. Es evaluada por médico Intensivista de guardia (MI) quien deja indicaciones.

Se cumple con tratamiento indicado, apoyo emocional, confort.

29 agosto 2018. 21:55:10 horas:

Resultado de exámenes de control:

Bilirrubina Total: 0,36 mg/dl.

Bilirrubina directa: 0.05 mg/dl.

Bilirrubina Indirecta: 031mg/dl.

Fosfatasa alcalina208 U/L.

Proteínas Totales: 4.72 g/dl.

Albumina: 2.40g/dl.

Globulina: 2.32g/dl.

Deshidrogenasa láctica (DHL): 672 U/L.

TGO: 34 U/L

TGP: 14 U/L.

Gamma Glutamyl Transpeptidasa: 15 U/L

Electrolitos (Na, Cl, K): Na 135meq /l, Cl 105 meq /l, K 4.9 meq/l.

Fibrinógeno: 202 mg/dl.

Tiempo de protrombina: 13.6''.

Recuento Leucocitos: 16,690 xmm³

Recuento Plaquetario: 141,000 x mm³

Hemoglobina: 10.3 gr/dl.

Hematocrito: 30%.

Formula Leucocitaria:

Abastoados: 01 %.

Segmentados: 90 %.

Eosinofilos: 00 %.

Basófilos: 00 %.

Monocitos: 02 %.

Linfocitos: 07 %.

Creatinina: 0.54 mg/dl.

Glucosa: 145 mg/dl.

Urea: 21 mg/dl.

30 agosto 2018. 06:17:08 horas:

DHL: 715 U/L.

Recuento de Leucocitos: 14, 960 x mm³

Recuento plaquetario: 149,000 x mm³

Hemoglobina: 9.0 gr/dl.

Hematocrito: 26.2 %.

Formula leucocitaria:

- Abastados 01 %.
- Segmentados: 86 %.
- Eosinófilos: 00 %.
- Basófilos: 00 %.
- Monocitos: 02 %.
- Linfocitos: 11 %.

30 de agosto 2018. 16:49:20 horas:

Fibrinógeno: 290 mg/dl.

Tiempo de Protombina: 12.5''.

Recuento de Leucocitos: 10,690 x mm³.

Hemoglobina 8gr/dl.

Hematocrito: 22 %.

Formula Leucocitaria: - abastados 00 %.

Segmentados 84 %.

Eosinofilos 00 %.

Basófilos 00 %.

Monocitos 04 %.

Linfocitos 12 %.

Hipocromía: 1 (+).

30 de agosto 2018. 19:00 horas:

Evolución enfermería Traumashock (UVI).

Paciente adulta, se le encuentra en la unidad, despierta, Glasgow 15, ventilando espontáneamente.

Piel pálida, mucosas hidratadas, murmullo vesicular pasa bien, abdomen blando depresible a la palpación, herida operatoria cubierta con apósitos limpios, sonda Foley circuito cerrado, vía periférica en ambos miembros superiores pasando nitroglicerina a 8 cc/hora, dextrosa + agregados a 30 cc/hora, cloruro de sodio al 0.9% + agregados a 90 cc /hora, control de funciones vitales. Se administra tratamiento indicado. Se brinda comodidad y confort. Paciente queda en observación hemodinámica mente estable.

31 de agosto 2018, 09:00 horas:

Segundo día en Unidad de Trauma shock (UVI).

Es evaluada por Médico de Medicina Intensiva (Traumashock), quien indica:

- Antihipertensivo.
- Suplemento de hierro y ácido fólico.
- Alta UVI.

31 de agosto 2018, 12:30 horas:

Evaluada por Médico Gineco-Obstetra (MGO): Paciente refiere leve dolor en zona operatoria, en AREG, LOTE, útero contraído, genitales con loquios hemáticos, edema (+).

Diagnóstico (Dx):

- 1). PO2 CSTI por DPP
- 2). Anemia moderada

3). Hipoalbuminemia.

Pasar al Área de Obstetricia – Hospitalización.

14:00 horas

Observaciones del Obstetra

Paciente regresa de UVI, con vía permeable Dextrosa al 5 % 1000cc+Oxitocina 20 UI/ 300 cc por pasar. Estable, sonda Foley permeable 200cc de orina en bolsa colectora.

Mamas blandas, secretantes, útero contraído por debajo de la cicatriz umbilical, loquios sin mal olor, apósitos secos y tratamiento según indicación médica.

15:30 Horas.

Evaluación en Hospitalización – Obstetricia por MGO

Indicaciones:

- Dieta blanda más líquidos a voluntad.
- Vía salinizada
- Metamizol 01gr EV C/12 horas
- Cabergolina 0.5 mg VO C/24 horas por 2 dosis
- Vendaje de mamas
- Control estricto de P/A
- Nifedipino 10 mg VO C/8horas
- Control de funciones vitales
- ClNa 9% 200cc + hierro sacarato 02 ampollas
- Metildopa 1gr VO C/12 horas.
- Observar signos de alarma.

Anotaciones del Obstetra

Guardia Nocturna: Paciente PO CSTI x CA+Óbito fetal x DPP.

AREG, LOTEPE. P/A 156/82 mmHg

Con monitoreo de PA en hoja aparte con monitor.

Mamas blandas secretantes.

Abdomen blando depresible

Herida operatoria (HO) con apósito seco y limpio

Cumple tratamiento indicado

01 setiembre del 2018, Tercer día:

Evolución médica y terapéutica por MGO de guardia.

Paciente tranquila, sin molestias, en AREG, LTEPE, FV estables, mamas blandas, abdomen blando depresible, HO sin apósitos.

Indicaciones:

Dieta blanda + LAV.

Vía salinizada

Metil-dopa 01 gr VO C/12 horas.

Nifedipino 10 mg VO PRN PA>a 160/110mmHg

Hierro sacarato 100mg en CLNA 9% 200 cc pasar en dos horas

SO₄Fe 300 mg VO C/12 horas

Lozartan 50mg VO C/12 horas

Retirar sonda Foley

I/C a Cardiología

01 de setiembre 2018, 07:00 horas:

Observación del Obstetra de Planificación Familiar.

Paciente PO2 CSTI x CA + Óbito fetal x Dpp.

En AREG, LOTEPE, se brinda consejería y orientación en planificación familiar.

MAC: Anticoncepción Oral Combinado

Rp. Etinilestradiol + levonogestrel # 01 blister

Cita: 26-09-2018.

Observación del Obstetra de Hospitalización Obstetricia

Guardia Diurna:

Paciente 41 años, PO CSTI por CA + Óbito fetal x DPP.

Asintomática, afebril, FV estables.

Se retira sonda Foley, se efectiviza I/C a Cardiología y Oftalmología.

Cumple tratamiento según Kardex.

01 de setiembre 2018, 12:30 Horas:

Evaluada por Medico Cardiólogo en respuesta a la I/C.

Puérpera PO3 x cesárea- Óbito fetal DPP, con tratamiento Metildopa, asintomática, no signos de alarma, no soplos, EKG normal.

Dx. HTA Crónica.

Indicación:

Losartan 50 mg VO C/12 horas.

Nifedipino 10 mg condicional a PA > 160/110 mmHg.

Cita por consultorio externo en dos semanas.

Continúa observaciones del obstetra GD

12:00 PA: 131/72 mmHg.

Cumple tratamiento indicado:

- Metil dopa 01 Gr VO a las 18 horas

- Sulfato ferroso 300 mg VO a las 12 hrs

- Lozartan 01 tb VO a las 12 horas

18:00 Funciones vitales graficados

19:00 PO3 queda estable, se reporta al obstetra entrante.

Observaciones del Obstetra Guardia Nocturna (GN)

19:15 horas: Paciente PO3 CSTI x CA + óbito fetal + Pre-eclampsia + DPP

Al examen:

Mamas blandas

Abdomen blando depresible

Útero contraído

Loquios sin mal olor.

02 setiembre del 2018, Cuarto día:

00:00 Funciones Vitales graficados

Lozartan 50 mg VO

Sulfato ferroso 300 mg VO

06:00 Metildopa 01 Gr VO

PA: 131/72 mmHg FC 80x' FR 16 x' T° 37°C

07:00 DX: PO3.16 Días de CSTI x CA, Óbito fetal, Pre-eclampsia, DPP.

Evaluación y tratamiento por MGO de guardia

Paciente no refiere molestias, funciones vitales estables PA: 120/80 mmHg.

FC: 80 x'

AREG, LOTEPE, palidez en piel y mucosa.

Mamas blandas y simétricas

Abdomen blando depresible.

Herida operatoria afrontado, seco y limpio.

Diagnóstico:

- PO3 CSTI por Óbito fetal
- Anemia severa.

Indicación:

- D.B + LAV
- Vía salinizada
- Metil dopa 01 gr. VO C/ 12 horas.
- Nifedipino 10 mg VO condicional a PA>160/110 mmHg.
- Sulfato ferroso 300mg VO C/12 horas.
- Lozartan 50 mg VO C/12 horas.
- Cabergolina 0.5 mg 2 Tb. VO Stat.
- Furosemida 1 Amp. EV Stat.
- Vendaje de mamas.
- CFV – CSV
- S.S: Perfil de Pre-eclampsia, Proteína en orina de 24 horas.

Anotaciones del Obstetra:

Guardia diurna (GD)

07:00 Paciente de 41 años, se encuentra en servicio con vía salinizada, con

diagnóstico:

- PO3 x Óbito fetal.
- THE

Al examen: No refiere molestias.

PA=160/90 mmHg.

Piel y mucosas húmedas e hidratadas.

Se realiza vendaje de mamas

Abdomen blando depresible

HO afrontado.

Loquios hemáticos escasos, sin mal olor.

Miembros inferiores sin edemas.

08:45 Visita médica por MGO y equipo de GD

12:00 Se administra Cefalexina 500 mg VO.

PA 160/85 mmHg. T° 37°C FC 78 x'

14:00 Se administra Lozartan 50 mg VO

Sulfato ferroso 300 mg VO

18:00 Se administra Cefalexina 500 mg VO.

19:00 Paciente queda en servicio con RN en AC + LME

Con PA 150/87 mmHg.

Guardia Nocturna (GN)

Paciente mujer de 41 años, CSTI x CA Óbito fetal + Preeclampsia + DPP se encuentra actualmente asintomática.

Al examen:

Piel y mucosas húmedas

Mamas blandas secretantes

Útero contraído

Loquios hemáticos sin mal olor

03 setiembre del 2018, quinto día:

00:00 Horas Funciones vitales estables, se administra:

- Lozartan 50 mg VO
- Sulfato ferroso 300 mg VO

06:00 - Metil dopa 01 Gr VO

- Funciones vitales estables

07:00 - Puérpera PO4 queda estable con PA 157/97 mmHg, se reporta a colega de turno.

Evaluación médica por MGO:

06:30 AM: T°37°C, PA: 150/90 mmHg, FC 91x', Hb control 8.0 gr/dl.

Asintomática afebril.

Terapéutica Médica:

- DB + LAV
- Via salinizada
- Metil-dopa 1 Gr VO c/12 horas
- Lozartan 50 mg VO c/12 hrs
- Nifedipino 10 mg VO si PA > 160/110 mmHg
- Sulfato ferroso 300 mg VO c/12 hrs
- Control de PA en hoja aparte
- I/C a Cardiología y Oftalmología.

Observaciones del Obstetra: GD

07:00 Paciente PO4 CSTI x CA/Óbito fetal/DPP en AREG, LOTEP

12:00 PA: 130/90 mmHg, FC 80x', T°37°C

Se administra:

- Sulfato ferroso 300 mg VO
- Lozartan 50 mg VO

18:00 - Metil-dopa 01 Gr VO

PA: 140/100mmHg, se comunica a médico de guardia.

13:30 Es evaluada por Médico Oftalmólogo con diagnóstico de:

- Examen de ojos y de la visión (Z01.0)
- FOjo manual en ambos ojos

Rp. Manejo por Médico Gineco Obstetra (MGO)

Observaciones del Obstetra GN

19:00 Paciente en servicio con DX:

- Puérpera
- THE

No refiere molestias, evolución favorable.

04 setiembre del 2018, sexto día:

00:00 Se administra:

- Sulfato ferroso 300 mg VO
- Lozartan 50 mg VO

02:00 Paciente descansa tranquila, monitoreo de PA en hoja aparte.

06:00 Se administra Metildopa 01 Gr VO

07:00 Paciente queda con PA: 140/82 mmHg.

Con I/C a Cardiología pendiente.

05:40 Evolución Médica

Paciente en AREG, LOTEPE, no refiere molestias, PA: 140/80 mmHg

Piel y mucosas pálidas y húmedas

Mamas blandas simétricas

Abdomen blando depresible

Loquios sin mal olor

Dx: - PO5 CSTI x Óbito fetal/DPP- Útero Couvalier

-HTA Crónica

-Anemia severa

-I/C a Cardiología para posible Alta.

07:00 Terapéutica Médica

- DB + LAV
- Vía salinizada
- Metildopa 01 Gr VO c/12 hrs
- Losartan 50 mg VO c/12hrs
- Sulfato ferroso 300 mg VO c/12hrs
- CFV
- Hierro Saca rato 2 Ampollas en Cloruro de sodio 9 % 200 cc

11:57 Informe de I/C:

Reevaluación a puérpera con HTA Crónica. Ahora con Tx: Losartan, Metildopa y Nifedipino, asintomática, no signos de ICC, hemodinámicamente estable.

EF: CV, RCR, FC: 95 x', TA 110/60 mmHg.

Dx: HTA Crónica

Tx: Alta.

12:30 horas Segunda Evaluación y Terapéutica Médica por MGO.

Paciente post evaluación y alta por Cardiología

Dx: PO6 CSTI x Pre-eclampsia severa + Óbito fetal

Plan: Alta con Indicaciones.

Rp: - Losartan 50 mg VO c/12hrs por 15 días.

- Atenolol 100 mg VO c/24 hrs por 15 días
- Sulfato ferroso 300 mg VO por 30 días.
- Hierro Polimaltosado 100 mg VO c/12hrs por 30 días.
- Cita por Consultorio Externo (CE) de Ginecología en 07 días
- Cita por CE Cardiología en 15 días.

Observaciones del Obstetra GD:

07:00 Se me reporta paciente con Dx: Puérpera, THE.

PA: 140/80mmHg

08:48 Se envía I/C a Cardiología con técnica de enfermería.

11:00 Se administra Hierro sacarato en ClNa 9% 250 cc

12:00 Se administra:

- Sulfato Ferroso 300 mg VO.
- Losartan 50 mg VO.
- PA: 130/80 mmHg

14:00 - Nifedipino 10 mg VO.

18:00 - FV graficados.

- Metildopa 01 gr. VO

19:00 Paciente queda en su unidad con control de PA cada dos horas en hoja aparte, queda con ALTA RETENIDA por deuda de paquete globular.

2.3.1.7 EPICRISIS GINECO OBSTÉTRICA

EDAD: 41.2.29 años **G: 6 P:** 412 3

FECHA DE INGRESO: 29/08/18

FECHA DE ALTA: 04/09/18

SIGNOS Y SINTOMAS AL INGRESO

- Dolor tipo c.u
- Sangrado Vaginal
- Ausencia de movimiento fetal

DIAGNOSTICO DE INGRESO

- Gestante 32 semanas ARO
- Óbito fetal - DPP
- Enfermedad Cardíaca Hipertensiva Pre existente.

EXAMENES AUXILIARES REALIZADOS

Hgrama
- Hb 7.7 gr/dl.

INTERVENCIONES Y/O PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

EPISIOTOMIA [] CESAREA [X]
LEGRADO UTER [] HISTERECTOMIA []
LAPAROTOMIA [] LAPAROSCOPIA []
CULDOCENTESIS [] COLPORRAFIA []

EVOLUCION

Favorable

TRATAMIENTO INSTAURADO

- Cesárea por Óbito fetal

CONDICIONES DEL EGRESO EGRESO

CURADA [] MEJORADA [X]
NO TRATADA [] A SU SOLICITUD []
FUGADA [] FALLECIDA []
REFERIDA [] OTRA _____

DIAGNOSTICOS FINALES DE

1. Seguimiento pos parto.
2. Hipertensión Esencial primaria
3. Anemia moderada
- 4.

INDICACIONES DE ALTA

- Losartan 50 mg VO c/12hrs x 15 días.
- Atenolol 100 mg VO c/24hrs x 15 días
- Sulfato ferroso 300mg VO c/12hrs x 30 días.
- . Hierro Polimaltosado 100 mg VO c/12hrs
- Cita x CE Ginecología en 7 días
- Cita x CE Cardiología en 15 días.

PLANIFICACION FAMILIAR

AQV [] DEPOPROVERA []
T de Cu [] PILDORA [x]
IMPLANTE [] BARRERA []

NINGUNO []

04/09/2018
12:53:19

HOJA DE CONTRAREFERENCIA

Nº 18085672

1. DATOS GENERALES

Fecha

Día	Mes	Año
4	9	2018

Hora

1	2	4	8
---	---	---	---

Asegurado: SI

Tipo: AUS - GRATUITO

Componente de Atención Sis	Subsidiado
Otros	SemiSubsidiado

Establecimiento de Origen de la Contrareferencia

HOSPITAL

Establecimiento de Destino de la Contrareferencia

C.S.

2. IDENTIFICACION DE USUARIO

CODIGO AFILIACION SIS	Nº HISTORIA CLINICA
210-2-10697136	0724305

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
Sexo: FEMENINO	Edad: 41 Años 2 Meses y 29 Días.	
Dirección: COOP. VIV. ANDRES A. CACERES	Distrito: SANTA ANITA	Departamento: LIMA

3. RESUMEN DE LA HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso: 29/08/2018	Fecha Egreso: 04/09/2018		
Diagnostico de ingreso	GESTANTE CON FACTOR DE RIESGO CONTROL. 3ER. TRIMESTRE (36 SE) MUERTE FETAL (NACIDO MUERTO) ENFERMEDAD CARDIACA HIPERTENSIVA PREEXISTENTE QUE COMPLIC.	Cie- 10 Z3593 P95X O101	Tipo Dx D D D
Diagnostico de Egreso	SEGUIMIENTO POSTPARTO, DE RUTINA HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA) NINGUNO	Z392 I10X 0	n D 0
Tratamiento y/o procedimientos Realizados	CESAREA POR OBITO FETAL. IIB POST:7		
Adjuntar informes y reportes de procedimientos			

4. DATOS DE LA CONTRA REFERENCIA

Origen de la Referencia
De la Comunidad De un Establecimiento de Salud Autoreferencia

Calificación preliminar de la Referencia
Justificada No Justificada

Unidad Productora de Servicios que ordena la contrareferencia
Consulta ext. Emergencia Apoyo dx Hospitalización

Especialidad que Ordena la Contrareferencia
Pediatria Medicina Cirugia Gineco-Obstetricia Lab Dx.imag Otros

Recomendaciones e indicaciones para el Seguimiento
LOSARTAN 50MG C/12H POR 15 DIAS, ATENOLOL. 100MG C/24H POR 15 DIAS, NIFEDIPINO 10MG VO C/12H POR 15 DIAS. SULFATO FERROSO 300MG C/12H POR 30 DIAS. CONTROL. POR CE 11/09/18

Responsable de la Contrareferencia

Condición de usuario para la Contrareferencia:	Nombre:
Curado <input type="checkbox"/> Desercion <input type="checkbox"/>	
Mejorado <input checked="" type="checkbox"/> Retiro Voluntario <input type="checkbox"/>	Nº de Colegiatura:
Atendido x apoyo dx <input type="checkbox"/> Fallecido <input type="checkbox"/>	

Firma y Sello
ESP. GINECO Y OBSTETRICIA

2.4 DISCUSIÓN

Como sabemos, el óbito fetal, es un acontecimiento traumático para los padres, así como para su entorno familiar y social porque esperan conocer al niño por nacer y verlos crecer sanos y felices; nuestra labor como obstetras capacitadas o especialistas es responder adecuadamente a las alteraciones que se presentan en el embarazo, incluyendo resultados de seguimiento del crecimiento y bienestar fetal, pérdida de peso materno significativo y disminución de movimientos fetales, que son los factores más importantes y evitables. El caso clínico, es realmente una emergencia obstétrica que compromete seriamente la salud de la madre, pudiendo llegar muchas veces hasta la muerte, a pesar de ello, en el presente caso se observa que el manejo preventivo y seguimiento en el control prenatal por parte del equipo del primer nivel hasta el momento que ingresa al servicio de emergencia de ginecología y obstetricia del hospital fueron inadecuados, tal vez esto ocasionado por la falta de pericia del personal que realizó los primeros controles pre natales (2), ya que el mismo; no fue realizado por obstetra especialista, no habiendo identificado los factores de riesgo ni las posibles causas; llegando al servicio de emergencia consumado el caso óbito fetal; asociado a la ausencia de un control prenatal precoz, en donde la paciente no pudo identificar signos y síntomas de alarma tempranamente.

Las posibles causas podrían ser: Desprendimiento Prematuro de placenta (DPP) por enfermedad hipertensiva del embarazo (EHE)-Hipertensión Crónica Pre-eclampsia sobre agregada; sin embargo, se evitó complicaciones mayores en la madre, debido al tratamiento quirúrgico y disponibilidad hemática en el banco de sangre del hospital, caso contrario hubiera ocurrido un desenlace fatal.

2.5 CONCLUSIONES

1. Como principales factores de riesgo en la paciente para Óbito fetal se encontraron: Antecedente de Pre eclampsia severa, cesárea anterior dos veces, parto pre término, Restricción de Crecimiento Intrauterino, edad avanzada, múltipara y abortos. El óbito fetal se produce en la semana 32 de gestación, por hipertensión crónica más pre eclampsia sobre agregada, desprendimiento prematuro de placenta (DPP).
2. El diagnóstico de óbito fetal fue tardío, por falta de control pre natal cuidadoso, el diagnóstico temprano y el manejo oportuno por un obstetra especialista y la falta de identificación de signos de alarma por la paciente fueron factores de alto riesgo obstétrico no respondidos adecuadamente en IPRESS de primer nivel de atención de salud.

Al acudir al IPRESS II-1 Lima 2018, el diagnóstico, el tratamiento y los procedimientos fueron apropiados de acuerdo a los protocolos y a las normas vigentes. (18) De esta manera, se evitó una muerte materna de causa directa, más no, la tristeza, desesperación, dolor y rabia por el óbito fetal.

- 3.- Los nuevos enfoques revisados sugieren la presencia del obstetra especialista, para mayor precisión en la identificación activa de factores de riesgo, realizar un diagnóstico oportuno, facilitar un mejor control de seguimiento y comprender el dolor, añoranza, soledad, frustración de los deudos con su interés, además de estimular la sensación de bienestar en la madre y su familia.

2.6 RECOMENDACIONES

- 1- Actualizar las competencias del equipo de salud desde el primer nivel de atención, considerando al Obstetra especialista como integrante imprescindible del equipo básico de salud.
- 2- Continuar con las investigaciones sobre: Pre-eclampsia, desprendimiento prematuro de placenta, pérdida de bienestar fetal, restricción de crecimiento intrauterino y óbito fetal en IPRESS II-1 Lima.
- 3- El Obstetra especialista debe tratar no solamente prevenir el óbito fetal, sino, de detectar situaciones que comprometen la vida del niño por nacer, identificando signos, síntomas de la pérdida del bienestar fetal y evitar óbitos fetales/muertes maternas.
- 4- Mejorar y fortalecer los sistemas de referencia y contra referencia para lograr disminuir la morbimortalidad materna fetal
- 5- Implementar la educación o capacitación continua en el abordaje de las limitaciones y cumplimiento de las normas técnicas vigentes (10,18).
- 6- Mejorar y fortalecer los sistemas de referencia y contra referencia, particularmente gestantes con alto riesgo obstétrico.

BIBLIOGRAFIA

1. Rodríguez R. Manual de neonatología. segunda edición. México, D.F: Mc Graw Hill; 2012.
2. Gabbe N, Maurice L. Obstetricia -Vigilancia fetal anteparto. Madrid: Marbán; 2002, Pag. 313 a 349.
3. Organización de Naciones Unidas para la educación, la ciencia y la cultura. Oficina regional de ciencias para América Latina y el caribe. Montevideo: UNESCO; 2017.
4. Hopkins S. Ending Preventable Still birth. Londres, Inglaterra: Science Direct; 2016.volumen 387, número 10019, 13 – 19 de febrero del 2016, páginas 703-716.
5. Avila J. Situación epidemiológica del óbito fetal. Perú: Centro Nacional de epidemiología, prevención y control de enfermedades del Ministerio de Salud; 2016.
6. MINSA. Guías técnicas para la atención, diagnóstico y tratamiento de diez condiciones obstétricas en el marco del plan esencial de aseguramiento universal/Ministerio de salud. Dirección general de salud de las personas. Estrategia sanitaria nacional de salud sexual y reproductiva –Lima: Ministerio de Salud; 2010. [Internet] Disponible en: <https://www.minsa.gob.pe/prgramas/materno/perinatal.pdf>.
7. _Castillo Méndez K. Incidencia de factores desencadenantes del óbito fetal en pacientes entre 18 a 35 años de edad atendidas en el Hospital General Liborio Panchana Sotomayor. [Tesis]. Ecuador: Universidad de Guayaquil; 2018.

8. Túa K. Factores de riesgo asociados al óbito fetal en el servicio de centro obstétrico del Hospital San Vicente de Paúl durante el periodo 2015 -2017. [Tesis]. Ecuador: Universidad Técnica del Norte; 2018.
9. Mauricio D. Factores de riesgo en muerte fetal intraútero en el Hospital de Apoyo María Auxiliadora. [Tesis]: Lima Perú: 2012. Universidad Wiener. [Acceso 03 de abril 2019]. Disponible en: <https://tesis.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/45/015.pdf>.
10. MINSA. Guía de práctica clínica para la atención de recién nacidos. Dirección general de la salud de las personas. Estrategia sanitaria nacional de la salud sexual y reproductiva: MINSA; 2007. [Acceso 20 de abril del 2019] Disponible en: [https://ftp2.minsa.gob.pe/download/esn/ssr/guía recién nacido pdf](https://ftp2.minsa.gob.pe/download/esn/ssr/guía%20recién%20nacido.pdf).
11. [Making every baby count: Audit and review of stillbirths and neonatal deaths]. Ginebra: Organización Mundial de salud; 2017. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
12. Vicente J. colaboradores. Óbito fetal tardío. Asociación española de pediatría. Libro blanco de muerte súbita Infantil. [Acceso el 12 de abril 2019]; Disponible en:
[Htts://www.aeped.es/documentos/libro_blanco_muerte_súbita_3ed_1382443264 pdf](https://www.aeped.es/documentos/libro_blanco_muerte_súbita_3ed_1382443264.pdf).
13. Definitions and indicators in family planning maternal.child health and reproductive health used in the WHO regional office for Europe. Copenhagen Dinamarca: 2001. [Acceso 12 de Abril 2019]; Disponible en: [https://apps.who.int/iris/handle/10665/1082848 prev=search](https://apps.who.int/iris/handle/10665/1082848?prev=search).

14. Vispo S, Meana J, Karatanasópuloz JL. Revisión: Sufrimiento fetal agudo. Revista de posgrado de la vía cátedra de medicina humana. Argentina: 2002. 112: 21-26. [acceso 12 de abril del 2019]; Disponible en: <http://es.scribd.com/document/363356309/sfa>.
15. Williams C. Obstetrics. 24° ed. EE. UU: Mac Graw Hill; 2015.
16. Santisteban S. Obstetricia y Perinatología. Diagnóstico y Tratamiento. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2012.
17. Yeomans E., Hoffman B., Gilstrap L., Cunningham G. Operative Obstetrics. 3° Ed. EE, UU: McGraw Hill Education; 2017.
18. Directiva sanitaria N° 001-MINSA/DGSP-V.02. Directiva Sanitaria para la Evaluación de las Funciones Obstétricas y Neonatales en Establecimientos de salud; Perú: MINSA; 2012.
19. Oliva J. Ultrasonografía diagnóstica fetal. Cuba: Ciencias Médicas; 2010.
20. Abuhamad A. Ultrasonido en Obstetricia y Ginecología; Un abordaje práctico. EE. UU: Editor 1; 2014.
21. Kumar V., Abbas A., Aster J. Patología Estructural y Funcional. 9na Edición. Barcelona-España: El Sevier Sauters; 2015.
22. De Cherney A., Nathan L., Laufer N., Román A. Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstétricos. 11° Ed. México: Mc Graw Hill; 2013.
23. Diagnosis and Management of Preeclampsia and eclampsia. ACOG Practice Bulletin N°33. American College of Obstetricians and Gynecologists. 2002; 99:159-167.
24. Romero J., Tena G., Jiménez G. Enfermedades Hipertensivas del Embarazo. Mexico. D.F: Mc Graw Hill; 2009.

25. Menzies J., Maggee L., Li J. et al. Instituting Surveillance Guidelines and adverse outcomes in Preeclampsia. *Obstet Gynecol*, 2007; 110:121-7.
26. Naeye R., Harkness W., Abruptio placentae and Perinataldeath: A prospective study. *Am J Obstet Gynecol* 128:740, 1077
27. Frölich M. *Clinical Anesthesiology*. Cap 41. Los Angeles California: Mc Graw-Hill Medical; 2006
28. *Current S. Obstetrics & Gynecology*. Cap 18. California: Mc Graw-Hill Medical; 2010.
29. MINSa. RM 214-2018. Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica. Lima Perú: 2018.