



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**UNIDAD ACADÉMICA DE PARTERÍA Y OBSTETRICIA**

**La relación entre el cambio del patrón de movimiento fetal percibido por la gestante y el resultado obstétrico de óbito en pacientes que tuvieron su parto en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, durante los años 2022/2023**

Trabajo Final de Grado presentado para obtener el título de **Obstetra Partera**

**AUTORAS:**

Br. Marcia Baptista

Br. Rocío Bentancor

Br. Soledad Cabalgante

Br. Tatiana Cabrera.

TUTOR/A: Prof. Obst. Part. Eliana Martínez

CO TUTOR/A: Asist. Obst. Part. Mariana García

Montevideo, diciembre 2024

## PÁGINA DE APROBACIÓN

FACULTAD DE MEDICINA

El tribunal docente integrado por los abajo firmantes aprueba el Trabajo Final de Grado:

**Título:** La relación entre el cambio del patrón de movimiento fetal percibido por la gestante y el resultado obstétrico de óbito en pacientes que tuvieron su parto en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, durante los años 2022/2023

**Modalidad:** Monografía

Protocolo de Investigación X

**Autoras:** Marcia Baptista, Rocío Bentancor, Soledad Cabalgante, Tatiana Cabrera.

**Tutora:** Prof. Obst. Part. Eliana Martínez

**Co Tutora:** Asist. Obst. Part. Mariana García

**Carrera:** Obstetra Partera/o.

**Puntaje / Calificación:** NOTA 11

### Tribunal



Mag. Obst. Part. Eliana Martínez



Prof. Adj. Dra. Luciana Miranda



Asist. Obst. Part. Mariana García



Asist. Obst. Part. Camila Rodríguez

**Fecha:** 02/12/2024

## AGRADECIMIENTOS

A nuestra tutora OP. Eliana Martínez y cotutora OP. Mariana García quienes acompañaron este proceso de aprendizaje y conocimiento de forma grata, participando del mismo, con paciencia y dedicación. Han sido grandes referentes a lo largo de estos años, y hemos adquirido mucho conocimiento, logrando superar desafíos, creciendo tanto académicamente como personalmente.

A la Unidad Académica de Partería y Obstetricia y Facultad de Medicina.

Por último y no menos importante nuestras familias y amigos, quienes son un pilar fundamental durante el transcurso de la formación como futuras Obstetras Parteras, compartiendo todos los escenarios transcurridos en estos años.

Simplemente, Gracias.

## ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS.....	3
ÍNDICE.....	4
RESUMEN .....	6
ABSTRACT .....	7
INTRODUCCIÓN.....	9
ANTECEDENTES.....	13
Nacionales.....	13
Internacionales.....	15
MARCO TEÓRICO.....	17
Definición de Óbito fetal, factores de riesgo y etiología.....	17
Diagnóstico de Óbito.....	18
Diagnósticos Diferenciales.....	19
¿Cómo pueden algunas patologías influir en el resultado obstétrico de Óbito fetal?.....	19
Los movimientos fetales.....	21
La importancia del monitoreo.....	23

El duelo de quién gestó, su familia, y el personal de salud.....	25
El rol del personal de salud.....	27
OBJETIVOS.....	31
METODOLOGÍA.....	32
Unidad de análisis:población objetivo.....	33
Criterios de inclusión.....	33
Criterios de exclusión.....	33
Técnica de recolección de datos.....	34
Procesamiento de datos.....	36
Análisis y discusión de datos.....	36
CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN.....	37
Etapas y Actividades.....	38
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	39
BIBLIOGRAFÍA.....	41
ANEXOS.....	44

# RESUMEN

En este trabajo se mencionan diferentes factores de riesgo que puedan incidir en el suceso de Óbito fetal, asociados a la población uruguaya.

Se plantea llegar al objetivo de determinar si existe relación entre el cambio del patrón de movimiento fetal percibido por la gestante (disminución y ausencia), y el resultado obstétrico de óbito en pacientes que tuvieron su parto en el (CHPR), durante los años 2022/2023.

Para llegar a este objetivo general se plantearon algunos específicos con el fin de afianzar la investigación, los mismos fueron: conocer cuántas de las pacientes que tuvieron como resultado un óbito fetal consultaron por disminución de movimientos fetales, e identificar las características que presenta el monitoreo fetal realizado a gestantes que consultaron por alteraciones del movimiento fetal.

Esta investigación tiene como modalidad el método cuantitativo, el cual permitirá cuantificar cuántas pacientes consultaron en el CHPR, por alteraciones en el patrón de movimientos fetales, tanto disminución o ausencia de estos.

Los datos se recabarán de forma manual accediendo a las historias clínicas de estas pacientes, y SIP (sistema informático perinatal), utilizando marcadores excluyentes de óbito en el formato electrónico de la misma. De esta manera se obtendrán cuántas usuarias consultaron por alteraciones en el movimiento fetal y cuántas tuvieron como desenlace un óbito fetal. En el proceso se obtendrán las características del monitoreo fetal, para evaluar y analizar los mismos con relación a los factores de riesgo presentados por la paciente.

Posteriormente, se realizará un análisis de los resultados, derivando en las conclusiones de la investigación e informe de los hallazgos teniendo en cuenta en respaldo bibliográfico.

Este protocolo se enmarca en las consideraciones éticas que se encuentran en el Decreto 158/19 del Ministerio de Salud Pública, la cual garantiza en todos los casos preservar la dignidad y los Derechos Humanos de los sujetos involucrados

# ABSTRACT

This study mentions various risk factors that may influence the occurrence of fetal death, associated with the Uruguayan population.

The objective is to determine whether there is a relationship between changes in fetal movement pattern, as perceived by the pregnant woman (decreased or absent movement), and the obstetric outcome of fetal death in patients who had vaginal or cesarean birth at the Pereira Rossell Hospital Center (CHPR) during 2022 and 2023. To achieve this general objective, specific goals were outlined to strengthen this research. These included: to ascertain how many of the patients who experienced fetal death consulted for decreased fetal movements, identifying characteristics of fetal monitoring conducted on pregnant women who consulted for alterations in fetal movement, and analyzing the relationship between decreased fetal movement and its association with the most common maternal pathologies during pregnancy.

This research employs a qualitative methodology, which will allow for determining the relationship between the fetal movement pattern, the monitoring conducted, and the fetal death outcome.

Data will be manually collected by accessing medical records of these patients, as well as the SIP (perinatal information system), using exclusion markers for fetal death in electronic format. This will allow us to determine how many patients consulted for alterations in fetal movement and how many had fetal death as the outcome. The characteristics of fetal monitoring will also be obtained during this process, which will then be evaluated and analyzed in relation to the risk factors presented by the patient.

Following that, an analysis of the results will be carried out, leading to the conclusions of the study and a report of the findings, with reference to supporting literature.

This protocol is framed within the ethical considerations outlined in Decree 158/19 of the Ministry of Public Health, which ensures the preservation of the dignity and human rights of all individuals involved.

Key words: fetal death, fetal movement pattern, decrease, absence, risk factors.

## INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS): Óbito comprende la muerte fetal luego de las 20-22 semanas de gestación, con un peso mayor o igual a 500 gr, que sucede fuera del trabajo de parto, quedando retenido un tiempo variable en la cavidad uterina (OMS, 2024).

Esta definición comprende el inicio de cuándo se considera a un óbito, pero luego puede clasificarse, existiendo factores de riesgo, así como posibles causas etiológicas según el momento que sucede.

Es de gran relevancia investigar y asociar los diferentes factores de riesgo con la finalidad de prevenir aquellos modificables y así disminuir las posibles complicaciones; y/o la muerte para el binomio materno-fetal. Estos poseen un gran valor predictivo que puede ser clínicamente valioso para ayudar a los proveedores de atención médica, a crear herramientas para enfrentar este evento, siendo un indicador incuestionable de la calidad de la atención prenatal y la labor obstétrica (Prf. Hannah Blencowe, Joy E. Lawn, Peter Waiswa, 2016).

Por otra parte, es importante destacar que los factores de riesgo que puede presentar la persona gestante, por el breve tiempo en que el personal de salud comparte con la misma, son difíciles de conocer etiológicamente o incluso investigar, es por este motivo que se destaca como fundamental la correcta atención pregestacional, así como la adecuada atención en los primeros controles del embarazo, para establecer riesgos ya existentes, y así prevenir una posible muerte fetal intraútero.

La etiología del óbito es multifactorial, por ende, los factores de riesgo son difíciles de analizar en profundidad y además deben ser abordados en conjunto. Es crucial,

estudiar a la persona como un ser integral y no ver estos factores de riesgo por separado (Wojcieszek AM, Shepherd E, 2018).

Es de gran valor la anamnesis y el examen físico que se realiza a las/los pacientes por parte de los profesionales de la salud, en cada uno de los encuentros, siendo imprescindible su correcto registro en la historia clínica. En relación a lo anteriormente nombrado, en Uruguay para el registro de los datos del embarazo, parto y puerperio contamos con el Sistema Informático Perinatal (SIP) o carné perinatal, donde se pueden registrar e identificar factores de riesgo de muerte fetal (Informe de Gestión y Sistema Informático Perinatal. Montevideo, 2018).

Pese a los avances científicos y tecnológicos los cuales comprenden entre otros a la recolección sistemática, continúa, oportuna y confiable de datos sobre el embarazo a partir del SIP, y la ecografía que permite un mejor diagnóstico de eventos adversos para la muerte fetal intrauterina; este suceso aún continúa siendo una importante causa de la mortalidad fetal y más del 50% de las muertes perinatales en países desarrollados. (Archivos de Ginecología y Obstetricia, 2020)

Del mismo modo, así como los factores de riesgo pueden ser reconocidos por los profesionales de salud, los movimientos fetales son un predictor de salud fetal, los cuales pueden ser percibidos por la persona gestante e identificados por el profesional de salud. Es de gran importancia la educación e información a brindar en los controles obstétricos sobre la aparición de los movimientos fetales, los cambios en los patrones de estos durante la gestación, así como también los elementos de alarma tales como la disminución y la ausencia de movimientos. (Organización Panamericana de la Salud, 2019)

Según este suceso se plantea: ¿Existe una relación entre la alteración de los movimientos fetales y la incidencia de óbito? Y de ser así ¿Cuál es dicha relación y cómo se relacionan?

De este punto se desprende el papel vital de la/el Obstetra-Partera/o, quién debe ser capaz de realizar una correcta intervención para la identificación temprana de factores de riesgo y educación de la paciente durante los controles prenatales, con respecto a elementos de alarma obstétrica. De esta forma, realizar la derivación oportuna para posteriormente un seguimiento priorizado, por parte de un equipo multidisciplinario, con el objetivo de prevenir complicaciones subyacentes (Reglamento del ejercicio de la profesión de Partera, decreto N.º 445/007, 2007).

Asimismo, cabe destacar la existencia y utilidad del monitoreo fetal, herramienta la cual puede utilizar la/el Obstetra-Partera/o. Este estudio valora la frecuencia cardíaca fetal asociada a elementos estresantes o no, como lo son las contracciones uterinas dolorosas. Un monitoreo fetal realizado a tiempo y con una correcta interpretación puede prevenir resultados neonatales adversos, aunque es importante destacar que este estudio utilizado tiene un bajo valor predictivo positivo (Clínica Barcelona, 2021).

El objetivo de este trabajo es investigar si existe relación entre el cambio del patrón de movimiento fetal percibido por la gestante (disminución y ausencia), y el resultado obstétrico de óbito en pacientes que tuvieron su parto y/o cesárea en el CHPR, durante el año 2022/ 2023.

Por otra parte, los objetivos específicos planteados son: Conocer cuántas de las pacientes que tuvieron como resultado un óbito fetal consultaron por disminución de movimientos fetales, identificar las características que presenta el monitoreo fetal realizado a gestantes que consultaron por este motivo y analizar la relación entre disminución de movimientos fetales y su asociación con las patologías maternas más frecuentes durante su embarazo.

En cuanto a la metodología para realizar dicha investigación se utilizará un método cualitativo, analizando las historias clínicas de las usuarias que consultaron en el

CHPR para conocer cuantas de ellas consultaron por alteración del movimiento fetal y cuantas tuvieron como resultado un óbito.

Como criterios de inclusión se contemplarán a todas las pacientes que tuvieron un óbito fetal durante el periodo de 2022/2023.

Los criterios de exclusión serán todas aquellas gestantes que tuvieron como resultado obstétrico un óbito fetal, pero no consultaron por alteración (disminución-ausencia) de movimientos fetales.

El presente protocolo de investigación se encuentra comprendido de la siguiente manera: Inicia con un resumen del contenido y desarrollo que trataremos a continuación continuando con la introducción. Seguido a esto se expone una breve síntesis de los antecedentes nacionales e internacionales que están relacionados con la temática a tratar. Continuamos con el marco teórico donde se refleja la búsqueda bibliográfica de relevancia. Luego se define el objetivo general y los específicos. Se formula el diseño y enfoque metodológico donde se concreta la población objetivo, las técnicas utilizadas para la recolección de datos, el procesamiento de los mismos y como último paso el análisis. Posteriormente, se ejecuta el cronograma de ejecución de actividades que nos orienta a un orden y tiempo en el que se realizarán las mismas. Y finalizando se verán planteadas las consideraciones éticas que se tendrán en cuenta para la ejecución de la investigación.

## ANTECEDENTES

Para la realización de este protocolo de investigación se efectuó una búsqueda online de estudios académicos en bibliotecas digitales, realizadas dentro y fuera de nuestro país, con relación a la temática de interés. Cabe destacar que no se encontraron publicaciones asociadas a la incidencia de óbito fetal en relación con la población uruguaya. Pero sí fueron hallados estudios relacionados a óbito fetal y que nos acercaron a la temática a investigar. De igual modo, se realizó búsqueda bibliográfica de trabajos a nivel nacional en la biblioteca de Facultad de Medicina, los cuales se presentaron en formato CD no disponibles en Web, y fueron utilizados a nivel teórico. A nivel internacional se realizó la búsqueda en plataformas digitales, entre ellas: La Referencia, PubMed, Cochrane, Medline, entre otros.

La búsqueda a nivel nacional fue realizada con 10 años retrospectivos, pero al no tener éxito, se extendió la búsqueda a 30 años atrás, encontrándose un estudio no digitalizado de hace unos 30 años. Dicho estudio fue encontrado en la Biblioteca del Instituto de Higiene de la Facultad de Medicina, pero al tratarse de un estudio con mencionada antigüedad no consideramos sus datos como relevantes, ya que, sus conclusiones ya han sido refutadas por nueva evidencia científica.

En la búsqueda de antecedentes nacionales, a nivel digital, se recabaron los siguientes:

### ● Nacionales

Monografía de posgrado titulada: “Análisis de la valoración de los óbitos fetales en la maternidad del Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) entre junio de 2016 y junio de 2018”; siendo sus autoras la Dra. Yessy Lacerda y Dra. Violeta Quintela, y

su tutora la Dra. Estela Citrin. Este trabajo fue publicado en mayo del año 2019, y fue realizado en el Departamento de Montevideo - Uruguay

El objetivo de esta monografía se basó en el estudio de los pacientes con diagnóstico de óbito fetal en el CHPR en el período de junio 2016 a junio 2018, así como establecer recomendaciones de estudio de los nuevos casos de óbito.

La metodología empleada fue un estudio descriptivo, de corte transversal, retrospectivo, mediante revisión de historias clínicas, historia clínica electrónica y bases del SIP. Se registraron los datos en una planilla estructurada. Se realizó además una revisión no sistematizada de las principales guías clínicas internacionales sobre el correcto estudio del óbito fetal para la determinación de sus principales causas, con el objetivo de realizar recomendaciones para su adecuada valoración. A su vez se llevó a cabo una búsqueda no sistematizada en las distintas bases.

Las autoras obtuvieron como resultado y conclusiones que a pesar de una valoración completa, muchas veces no se llega a encontrar la causa subyacente a la muerte fetal.

Para poder disminuir esta cifra es importante el correcto estudio de cada caso que incluye: una completa anamnesis, examen físico y valoración paraclínica orientada por los hallazgos, asignando una causa de acuerdo a los diferentes modelos de clasificación que existen. En la población del CHPR se realizó un estudio que analiza las causas de óbito en los mortinatos en los que se autorizó la autopsia entre los años 2005 y 2016, que representaron el 78% del total de óbitos en este período. En esta serie y según el análisis de la placenta y necropsia se pudo establecer las características anatómo patológicas que podrían explicar el óbito en el 95,1% de los casos. De acuerdo con este estudio, la causa inexplicada representa el 4,9%. Cuando se excluyen aquellos que no tienen estudio anatomopatológico de la placenta, se reduce a un 3,6% la cantidad de óbitos de causa inexplicada. Refieren que, por lo tanto, es nuestro rol como clínicos completar adecuadamente la valoración para llegar al diagnóstico definitivo (Lacerda Y; Quintela V; 2019).

Por otra parte, el artículo: "Monitoreo fetal: principios fisiopatológicos y actualizaciones", de los Archivos de Ginecología y Obstetricia del Uruguay (2022), realizado por (Godoy, P; et al, 2020).

Esta publicación tuvo como objetivo recabar datos actualizados sobre la monitorización fetal, desde la realización de esta hasta las bases fisiopatológicas que lo caracterizan, además de actualizaciones, clasificaciones y manejo. Se extrajo el material de diferentes fuentes como artículos de revisión y ensayos clínicos de bases de datos como: PubMed, Medline, ProQuest, Cochrane y UpToDate. Además, se revisaron actualizaciones del Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia (ACOG), Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) e Instituto Nacional de Salud y Excelencia Clínica del Reino Unido (NICE). Dicha actualización tenía como objetivo aportar al lector herramientas sólidas para la toma de decisiones en los diferentes escenarios. Sus autoras concluyeron que el monitoreo fetal es un elemento utilizado en la gran mayoría de los controles intraparto, aunque tiene un bajo valor predictivo positivo, es decir, hay una baja probabilidad de que lo que el registro informa sea así (más allá de sí se está interpretando como un registro normal, sospechoso o patológico). Por lo tanto, mencionan que se debe contar con los conocimientos necesarios y actualizados para realizar una correcta interpretación de los registros, y así evitar intervenciones innecesarias (Godoy, P; et al, 2020).

### ● Internacionales

Como estudios internacionales se utilizaron dos, el primer titulado: "Monitoreo fetal intraparto sospechoso y patológico en relación a los resultados perinatales de las gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huanuco 2019", siendo su autora: Silvana Dalina Camacho Alvarado y asesora Mariella Mariyú Quiroz Tucto maestra en ciencias de la salud y docencia universitaria. Publicado en Huanuco - Peru como trabajo final para obtener el grado académico de segunda especialidad en monitoreo fetal y ecografía obstétrica en el año 2022.

El mismo es un estudio analítico de casos y controles, retrospectivo, transversal, observacional, lleva como muestra 80 gestantes con monitoreo fetal intraparto, 40 gestantes con trazos anormales para el grupo de casos y 40 con trazos normales para el grupo de control, la información se recopiló en una ficha de recolección de datos. Se aplicaron estadísticas descriptivas de tablas de contingencia.

Luego de la evaluación de las diferentes variables utilizadas, la autora describe tener como resultado que las características obstétricas de la mayoría de las gestantes con monitoreo fetal intraparto sospechoso y patológico fue el grupo entre jóvenes y adultas (82,5%), multíparas (52,5%) y gestaciones a término en el momento del parto (77,5%). Respecto a los resultados perinatales, la variable líquido amniótico anormal se presentó en un 13,8%, la complicación neonatal en un 16,3 %, el tipo de parto por cesárea 24%, y puntaje de Apgar al minuto alterado en un 11,1%, mostrando asociación significativa respecto a la muerte perinatal.

Luego de las variables estudiadas y resultados, la autora concluye que sí existe relación entre el monitoreo fetal intraparto sospechoso y patológico con los resultados perinatales desfavorables.

El segundo estudio internacional utilizado fue el titulado: "Monitoreo electrónico fetal: predictor de compromiso de bienestar fetal en embarazos de bajo y alto riesgo obstétrico". El mismo fue publicado en el año 2022 en la revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, siendo sus autores el Dr. Jaime Adrián Chávez Webster, la Dra. Zoila Katherine Salazar Torres, Dra. Kimberly Nicole Sandoya Maza y el Dr. Hernán Alejandro Ramírez Morales.

Este artículo describe un análisis estadístico de más de 400 mujeres en trabajo de parto en un hospital de tercer nivel de atención en Cuenca, Ecuador, en el año 2020. Se utilizó una ficha de recolección de datos, se realizó el análisis estadístico y para determinar el valor predictivo del monitoreo fetal se utilizaron las variables de sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo, valor predictivo negativo y curva receiver operating characteristic, o característica operativa del receptor (ROC). Sus autores concluyeron que la monitorización fetal intraparto tiene una baja sensibilidad para predecir el estado de salud fetal, y que además en embarazos de bajo riesgo puede implicar el incremento de intervenciones (Chávez, J; et. al, 2022).

## MARCO TEÓRICO

### **Definición de óbito fetal, factores de riesgo y etiología.**

Según la OMS, el óbito fetal comprende la muerte fetal luego de las 20-22 semanas, con peso mayor o igual a 500 gr, fuera del trabajo de parto, quedando retenido un tiempo variable en la cavidad uterina (OMS, 2024).

Se entiende por factor de riesgo a aquella “Característica biológica o conducta que incrementa la probabilidad de padecer o morir de alguna enfermedad en aquellos individuos que la presentan” (Clínica Universidad de Navarra, 2024).

Los factores de riesgo para óbito fetal comprenden: la edad materna avanzada, el antecedente obstétrico de óbito fetal, los hábitos tóxicos, la hipertensión, diabetes, y el tromboembolismo (Schwarcz, R. 1986).

Con respecto a la etiología del óbito, se sabe que las causas son multifactoriales, y engloba factores ambientales, maternos, o fetales. Algunos de estos sucesos podrían ser:

- Reducción o supresión de la perfusión sanguínea útero-placentaria, originada por hipertensión arterial, hipotensión arterial o diabetes.
- Reducción o supresión del aporte de oxígeno al feto en ausencia de contracciones uterinas dolorosas, con tono uterino normal y sin compromiso de la perfusión

útero-placentaria; pudiendo ser ocasionado por alteraciones del sincitiotrofoblasto, infartos, hematomas, placenta previa, anemia, hematomas retroplacentarios, etc.

- Desnutrición materna debido a insuficiente aporte calórico.
- Diabetes materna o descompensada.
- Traumatismos directos al feto o a través de la madre.
- Alteraciones hemodinámicas fetales por ejemplo en embarazos gemelares con el síndrome feto-fetal.
- Ambiente tóxico, el cual engloba consumo problemático de sustancias y situaciones de violencia. (Tinedo, M; et al. 2016).

### **Diagnóstico de Óbito.**

El mismo puede ser en primera instancia de presunción clínica, cuando la paciente consulta por ausencia de movimientos fetales, y a su vez si al examen físico no se constatan latidos fetales con doptone o monitor electrónico. Existen otros elementos maternos que pueden ser indicios de la muerte fetal tales como: malestar general, desaparición de síntomas neurovegetativos (si existen), secreción calostrual, regresión del tamaño de los senos, sensación de peso en abdomen, secreción transvaginal sanguinolenta o acuosa (Secretaría en Salud, 2010).

La confirmación del diagnóstico es paraclínico a través de la ecografía, la cual puede ser realizada por un solo técnico y se puede repetir en caso de que la persona gestante lo solicite. En la misma se debe corroborar la ausencia de actividad cardíaca, la observación de la carencia de movimientos fetales, y si la muerte fetal posee más tiempo de evolución se puede encontrar: colapso craneal, derrame pleural, derrame peritoneal y gas intrafetal. A su vez, el líquido amniótico puede estar disminuido y teñido de meconio, sanguinolento o marrón. (Bajo, J; et al. 2007)

## **Diagnósticos Diferenciales.**

Es importante diferenciar aborto, muerte gestacional y muerte neonatal. El aborto es la pérdida fetal hasta las 20-22 semanas de embarazo y/o un peso menor de 500 g. La muerte perinatal incluye a la muerte fetal y la muerte neonatal, es decir, es la muerte fetal a partir de las 20-22 semanas hasta los primeros días de vida (según la OMS hasta los primeros 7 días de vida).

A su vez, existe una clasificación de la muerte gestacional según las semanas de gestación la cual clasifica en temprana, a la muerte gestacional que ocurre entre las 9 y las 19 semanas o con peso fetal de hasta 499 gramos (gr); intermedia, la que sucede entre las 20 y las 27 semanas o con peso entre 500 gr y 999 gr, y tardía cuando ocurre por luego de las 28 semanas, con pesos iguales o mayores de 1000 gr. (Tinedo, M; et al. 2016)

### **¿Cómo pueden algunas patologías influir en el resultado obstétrico de óbito?**

Existen diversas patologías que inciden en el embarazo o a partir de este, a continuación se desplazarán algunas de estas y su incidencia en el evento obstétrico descrito en este trabajo.

Restricción del crecimiento intrauterino (RCIU): definiendo a este como la insuficiente expresión del potencial genético de crecimiento fetal, caracterizándose

por un peso menor al percentil 3 para la edad gestacional, o entre el percentil 3 y el 10 con alteraciones en el doppler fetal.

El mismo obtiene un 50% de las muertes fetales perinatales y un 20 % a término. (FASGO,2017)

Diabetes gestacional con mal control metabólico: Para adentrarnos en dicha patología se define a la misma como un trastorno de la tolerancia a los hidratos de carbono que conduce a una hiperglucemia, que se diagnostica por primera vez en el embarazo, independientemente del tratamiento necesario y de su evolución en el postparto.

Las gestantes diabéticas con un mal control metabólico (el control metabólico tiene con objetivo mantener una normoglucemia durante el embarazo, intentando presentar valores de glucemia capilar semejantes a los de aquellas mujeres que no presentan diabetes y, evitando, las hipoglucemias) estas han demostrado en numerosos estudios que tienen más probabilidad de muerte fetal intrauterino, produciéndose por el mal control glicémico materno. (NPunto, 2020)

En última instancia se destaca por su alta morbilidad y mortalidad materno fetal a nivel mundial con 25% de los casos en América Latina y el Caribe la preeclampsia leve y severa.

Se distingue por su aparición luego de las 20 semanas de edad gestacional, presentando dos tomas de presión arterial mayores o iguales a 140/90 mmHg separadas por al menos dos horas o una toma de presión arterial mayor o igual a 160/110 mmHg, sobre agrega para su diagnóstico proteinuria mayor o igual a 300 mg / 24 hs o índice de proteinuria mayor a 0,3 g, no cursa con elementos de severidad y se reclasifica a las 12 semanas postparto.

A diferencia de la anterior mencionada la preeclampsia severa cursa con valores de presión arterial mayor o iguala 160/110 mmhg, y/o proteinuria, a demás

cumple la particularidad de agregar elementos de severidad, los cuales son: Alteraciones hepáticas, hematológicas, renales, neurológicas y/ o visuales. (Revista de la Facultad de Medicina, México, 2021)

### **Los movimientos fetales.**

Los movimientos son un signo de vitalidad fetal que aparecen entre las 18-22 semanas de gestación, la percepción materna como punto de corte deberá ser antes de las 24 semanas. La no percepción posterior a este tiempo constituye un signo de alarma, ya que los movimientos además de indicar vitalidad fetal también sugieren un adecuado desarrollo neuromuscular y bienestar fetal. (Organización Panamericana de la Salud, 2019)

Los movimientos van a variar a lo largo de la gestación, como por ejemplo de extremidades, de tronco o respiratorios, así mismo vaya avanzando su aparición también lo hará su intensidad, llegando a su máxima intensidad alrededor de la semana 28. A partir de la semana 34 suele haber una acentuación del ritmo circadiano fetal (episodios de actividad fetal con episodios de sueño fetal), por lo que hay un aumento de los períodos de menor percepción materna de la actividad fetal. Esta situación se debe diferenciar de una disminución de los movimientos fetales con significado patológico. En la acentuación del ritmo circadiano, los episodios de sueño fetal se alternan con episodios de movimientos fetales vigorosos. En primera instancia es muy importante la correcta anamnesis a la gestante, tener en cuenta desde cuándo experimenta la ausencia/disminución de los movimientos, cómo eran los movimientos y que diferencia percibe: ¿disminuyeron o no identifica movimientos? ¿En cuanto tiempo? ¿Tuvo alguna ingesta? Además, se le suman factores que puedan alterar la percepción de la paciente como por ejemplo: el consumo de alcohol, tabaco, medicación, periodos extensos de pie, o incluso dormir

en decúbito supino, por la baja vascularización ocasionada por compresión de la vena cava inferior (Clínic Barcelona, 2021).

Del interrogatorio se deben identificar si:

- La disminución de la percepción habitual de movimientos dura más de 12 h.
- Existe ausencia aguda total de movimientos por 2 h.
- Presenta menos de 10 movimientos en 2 h que no se regularizan luego de una ingesta de alimentos y/o posición en decúbito lateral izquierdo.
- No percibe movimientos fetales por más de 24 h.

En presencia de uno de estos signos los pasos a seguir deberán ser valoración de la salud fetal. En primera instancia realización de un monitoreo fetal para valorar, reactividad, es decir, que presente una variabilidad de 5 a 25 latidos y la misma dure 15 segundos, que presente aceleraciones transitorias de entre 10 a 15 lpm, y no presente desaceleraciones.

En presencia de algún signo patológico en el monitoreo, o la obtención de un resultado de monitoreo no reactivo, se deberá realizar una estimulación manual del feto y una estimulación vibroacústica, para identificar posibles cambios en el mismo, extendiéndose el registro 20 minutos adicionales. El siguiente paso para la valoración es la realización de un Doppler Fetal el cual valora las resistencias materno-fetales y placentarias. Posteriormente, corresponde la realización de un perfil biofísico fetal que consiste en valorar parámetros durante 30 minutos. La normalidad de estos parámetros suma 2 puntos o 0 puntos cuando no se observan:

- Movimientos respiratorios que duran más de 20 segundos.
- Más de dos movimientos de tronco o extremidades.
- Un movimiento de flexión, extensión o apertura y cierre de manos.
- Líquido amniótico con columna vertical máxima de más de 2 cm.

- Monitoreo fetal electrónico no patológico.

Si se obtiene un resultado positivo de la valoración fetal realizada, y si la paciente refiere sentir los movimientos, se le otorgará el alta. De lo contrario se debe valorar el episodio actual con posibles factores de riesgos asociados y patologías existentes, para tomar la conducta más adecuada a seguir (Clínic Barcelona, 2021).

### **La importancia del monitoreo.**

El monitoreo fetal constituye un elemento más de valoración de la salud fetal, así como lo son las ecografías, perfiles biofísicos, y valoración de movimientos fetales. Se encuentra dentro de la valoración por disminución de movimientos con los diferentes elementos a valorar descritos más adelante.

Este mismo puede ser utilizado sin efectos estresantes, o en presencia de los mismos como pueden ser las contracciones uterinas dolorosas. Es importante considerar que para realizar un registro de la frecuencia cardiaca fetal debemos estar en presencia de un embarazo mayor o igual a las 32 semanas debido a la correcta madurez del sistema nervioso central. De lo contrario, se deberá tener en cuenta esta característica para su correcta interpretación.

Así mismo, se sugiere que el registro tenga una duración mínima de 20 minutos, teniendo en cuenta la situación clínica de la paciente, patologías previas, patologías del embarazo, última ingesta y posible toma de medicación inhibidora del Sistema Nervioso Central (SNC).

Los elementos que se deben valorar en un monitoreo fetal son:

- La frecuencia cardíaca fetal (FCF) basal: la cual es un promedio de la misma y su rango normal oscila entre los 110 y 160 latidos por minuto.
- La variabilidad: la misma corresponde a las fluctuaciones del sistema nervioso autónomo, simpático y parasimpático. Sus parámetros normales se encuentran dentro de los 5 a 25 latidos por minuto.
- Los movimientos fetales: los cuales deberán oscilar en los 5 movimientos fetales en un lapso de 20 minutos para considerarse normales.
- Las aceleraciones: las cuales comprenden abruptos de la FCF por encima de la línea de base, que duran más de 30 segundos y varían en 15 latidos por minuto, por más de 15 segundos, con una duración menor de 10 minutos.

Ante la presencia de los parámetros mencionados, se puede realizar una correcta interpretación del mismo para la correspondiente situación clínica en la cual fue indicado. (Clínic Barcelona, 2021)

Frente a una posible disminución de movimientos fetales: ¿qué se deberá valorar del monitoreo fetal? Se debe establecer en primera instancia si es el mismo es reactivo, es decir, si cumple las características antes mencionadas, e identificar si tiene aceleraciones asociadas a movimientos y movimientos registrados. De ser así, el resultado es positivo y se deberá proseguir con el protocolo establecido. De lo contrario, la intervención para la valoración de la salud fetal pasará a ser una ecografía con un perfil biofísico. (Clinic Barcelona, 2021).

Por otra parte, frente a situaciones de disminución de movimientos fetales, es de suma importancia diferenciar si se trata de un embarazo de bajo o alto riesgo, para comprender sus diferencias y cómo se relaciona con el evento descrito.

**Un embarazo de bajo riesgo**, según el Reglamento del ejercicio de la profesión de Partera, decreto N.º 445/007 se define como “el que se desarrolla en una mujer sana, portadora de un huevo normal y cuya evolución está libre de enfermedades propias o concomitantes con la gestación y sin accidentes de clase alguna” (Reglamento del ejercicio de la profesión de Partera decreto N.º 445/007, 2007).

Por otro lado, se considera a un **embarazo de alto riesgo** “cuando existen condiciones clínicas y patológicas que determinan que una gestación constituya un peligro para la salud e incluso para la vida de la mujer y el producto de la concepción” (Reglamento del ejercicio de la profesión de Partera decreto N.º 445/007, 2007).

### **El duelo de quien gestó, su familia y el personal de salud.**

El óbito o muerte fetal es un hecho totalmente inesperado, tanto para la familia (particularmente para la persona que gestó), así como también, para el equipo de salud que acompaña este hecho tan devastador. (Luzardo et al, 2022).

Según Defey, et al. (1992); el óbito fetal implica una doble pérdida. El nacimiento de un hijo vivo supone un duelo normal, ya que, la persona gestante pierde el estado de embarazo y poco a poco adquiere la identidad de persona materna/paterna, con todo lo que este nuevo proceso conlleva: angustia, ansiedad, felicidad, cansancio, incertidumbre, euforia. Es decir, cuando el hijo vive, compensa la pérdida del hijo en el vientre. Durante el embarazo la persona gestante crea una relación muy estrecha

con su bebé, debido a qué forma parte de su cuerpo. Es el nacimiento (ya sea, por parto vaginal o cesárea) la pérdida de este estado, pero el inicio de una nueva etapa. Pero cuando se trata de un óbito, este hecho supone una doble pérdida, debido a que no se tiene un hijo vivo en compensación del hijo que ya no se encuentra en el vientre, y la persona gestante no trasciende de un estado a otro.

Psicológicamente, el duelo también afecta a esta persona que gestó de otras formas, autopercibiéndose muchas veces como: “fallada”, “inservible”, “incapaz” desvalorizándose como mujer (si es que la persona se percibe con ese sexo).

Por otra parte, físicamente también se vive el duelo, ya que el cuerpo de la persona que gestó transita cambios fisiológicos que llevan a su cuerpo a un estado pre gestacional, a excepción de las glándulas mamarias que tienen su máximo desarrollo para que se lleve a cabo (si es que se desea) la lactancia. Por lo tanto, en el puerperio de un post óbito, además de transitar un puerperio fisiológico, se le suma la angustia por el duelo de este hijo que ha muerto. Los cambios fisiológicos que forman parte del puerperio implican remarcar día a día el duelo.

En síntesis, para la persona que gestó el feto, la pérdida puede autoperibirse de muchas formas, el duelo atraviesa a esta persona de forma psíquica y también física.

Según Gómez-Ulla y Contreras García (2015), el óbito es un proceso prolongado, agotador y doloroso, ya que como padres siempre, o la gran mayoría de las veces se idealiza un cuadro “perfecto” de un embarazo sin problemas y un bebé sano. El duelo es un hecho familiar, no olvidar que hay muchas personas en la familia que esperaban a un/a nieto/a, un/a sobrino/a y también en algunos casos un/una hermano/a.

En caso de que existiera una pareja que generalmente se trata de un hombre, esta persona toma un rol de cuidador de quién gestó, representando un pilar emocional.

Los roles de género también están muy ligados al hecho desafortunado que significa el óbito, ya que, al tratarse de un hombre, debe ser “fuerte”. Pero a su vez, esta persona también vive el duelo a su manera y en sus tiempos, solo que muchas veces debe retraerse emocionalmente para sostener a esa madre.

Según Defey, et al, (1992) el hecho de que la pareja viva en simultaneidad el duelo es beneficioso para ambos. Si la pareja de la persona que gestó el padre del bebé tiende a tener un duelo más breve, esto puede llevar a invalidar el duelo de la persona que gestó, ya que, ve como inapropiados los sentimientos y las emociones de su pareja. El hecho de que vivan el duelo de forma diferente puede llevar al aislamiento, lo que puede provocar el distanciamiento de la pareja y en algunos casos deriva en la separación temporal o definitiva de la pareja.

El motivo por el cual el hombre puede vivir el duelo de forma diferente, puede tener que ver con que evita cargar a la mujer con su angustia, evitando compartir sus sentimientos. Esto es lo que lleva al aislamiento, que puede derivar en la separación de la pareja. En cambio, si la pareja de la persona que gestó el bebé puede expresar sus sentimientos y emociones con respecto a lo sucedido, posiblemente se transite este proceso de una forma menos dolorosa, ya que ambos están abiertos al diálogo y podrían cerrar el proceso.

### **El rol del personal de la salud.**

Defey et al, (1992); expresa que los profesionales de la salud que han sido entrenados en aliviar el dolor físico dedican su tiempo a atender el cuerpo de el/la paciente. Tratan de evitar comunicarse, ya que, hay una gran dificultad para escuchar y acompañar durante el duelo. La gran dificultad radica en acompañar a el/la paciente en su dolor. Por otra parte, este libro revela que cuando el/la paciente es conocido/a el/la obstetra suele sentirse involucrado emocionalmente causándole este duelo sentimientos de culpa, frustración y sufrimiento.

Pastor Montero et al, (2007), en su investigación: "Experiencias y vivencias de los padres y los profesionales", menciona la necesidad de instruir correctamente a los profesionales no solo en los conocimientos teóricos frente a un duelo perinatal, sino también en el abordaje emocional, buscando desarrollar habilidades comunicacionales para brindar un ambiente seguro a la familia que transita el duelo.

Como parte del equipo de salud, las/los Obstetras Parteras/os imaginan y planifican el fin de una gravidez con un resultado ameno y positivo en el cual se obtenga un recién nacido vivo. A lo largo de la gestación se acompaña a la gestante y su familia involucrándose desde el lado profesional y humano para brindar la mayor y adecuada calidad de atención, así como también durante el momento del parto y llegada de una nueva vida.

Cuando por diferentes circunstancias el producto de una gestación es un óbito, este gran hecho de tristeza y dolor para la familia también es un gran shock para todo el equipo de salud, del cual forman parte las/los Obstetras Parteras/os. Se suele adquirir como propia la responsabilidad, indirectamente de dicho desenlace trágico, dejando una sensación de vacío y el pensamiento de que quizás se podría haber actuado de alguna manera para cambiar el resultado. Esta vivencia en algunas situaciones puede ocasionar el Síndrome de Burnout en el personal sanitario, definido por Carrascosa. S, et al (2022); como "una patología psíquica, física y emocional que deriva del estrés crónico en el trabajo que no se ha manejado con éxito".

"Nuestro rol como Obstetras Parteras/os en un escenario de óbito es comunicar de forma clara lo sucedido, anticipar en todo momento cada procedimiento, respetando la toma de decisiones, acompañando y dando las herramientas necesarias durante el proceso". (Serrano, D., et al. 2015).

Se debe informar a la familia el derecho de poder ver al bebé, tocar y reconocerlo, dado que este será el comienzo del duelo. Forma parte del rol de la profesión de Partera/o acompañar y generar un vínculo de confianza, demostrando empatía con la persona gestante y familia, quienes vuelven a su hogar sin el recién nacido. Este es un proceso individual de cada persona, ya que vivencialmente lo llevarán a cabo de diferentes maneras y en diferentes tiempos.

### **Pero desde el punto de vista legal ¿qué legislaciones existen en Uruguay?**

Actualmente, se encuentra vigente la LEY N.º 19.628

Decreto N° 276/019. Artículo 4

“Se entiende por muerte fetal la muerte intrauterina cuando el producto de la gestación es mayor de veinte semanas y/o con un peso superior a 500 gramos. Se entiende por muerte de una persona nacida viva la que ocurre luego de haber existido vida extrauterina, cualquiera haya sido su duración” (IMPO, 2019)

Esta presente ley excluye a los nacidos antes de las veinte semanas o que sus pesos no alcanzan los 500 gr, desechándose el producto de la gestación, como restos patológicos.

A demás los padres no son reconocidos como tal, y son vulnerados sus derechos en cuanto a licencias y decisiones de los restos de sus hijos, es por este motivo que en el año 2024 nace un nuevo proyecto.

“En tu nombre”, una organización sin fines de lucro, de padres, que surge de propias experiencias en la pérdida gestacional, los cuales elaboran una ley para que en la partida de defunción de sus hijos se pueda agregar el nombre del mismo, además los reconoce como padres otorgándoles así el derecho a la licencia maternal y/o paternal para dicho caso.

Cabe destacar que a sí mismo el punto de corte sigue siendo las veinte semanas y/o el peso de 500 gr.

La misma fue aprobada el 24 de setiembre de este mismo año, siendo actualmente la Ley N.º 20.377, faltando solamente el decreto que la regula para su aplicación.

A su vez esta fundación tiene voluntarios los cuales crean cajas de recuerdos para las familias de estos bebés que fallecen, las cuales poseen una lámina donde registrar la huella digital del pie y mano, un poema y un oso.

Creando así, una red de sostén social para familias que atraviesan las mismas situaciones.

A lo largo de esta investigación se ha descubierto que diferentes servicios de nuestro País han adoptado estrategias para generar recuerdos en aquellas familias que deben de atravesar este difícil evento obstétrico. Tomando como ejemplo el Hospital Regional de Salto, el cual crea en el CTI Pediátrico una caja la cual contiene el cordón umbilical, la huella plantar y los datos del nacimiento tanto de un óbito fetal como de un recién nacido que fallece.

## **OBJETIVOS**

## GENERAL

- Identificar si existe relación entre el cambio del patrón de movimiento fetal percibido por la gestante (disminución y ausencia), y el resultado obstétrico de óbito en pacientes que tuvieron su parto y/o cesárea en el CHPR, durante los años 2022/2023.

## ESPECÍFICOS

- Conocer cuántas de las pacientes que tuvieron como resultado un óbito fetal consultaron por disminución de movimientos fetales.
- Identificar las características que presenta el monitoreo fetal realizado a gestantes que consultaron por alteraciones del movimiento fetal.
- Analizar la relación entre disminución de movimientos fetales y su asociación con las patologías maternas más frecuentes durante su embarazo.

## METODOLOGÍA

Para llevar a cabo el presente protocolo de investigación se ha realizado un estudio de diseño, basado en el mismo con un enfoque cualitativo.

Mediante el proceso correspondiente se accederá a historias clínicas en el Sistema Informático Perinatal de aquellas pacientes, que tuvieron su parto en el Centro Hospitalario Pereira Rossell que tuvieron un óbito fetal, y su motivo de consulta fue alteraciones en el cambio de patrón de movimiento fetal. De este modo se tendrá en cuenta el seguimiento realizado a la paciente y en concomitadamente el análisis del monitoreo fetal realizado, para identificar y analizar sus características.

Se llevará a cabo la investigación que se presenta en esta problemática, usando un método cualitativo de tipo descriptivo y retrospectivo.

Describiéndose como enfoque cualitativo aquel que desarrolla hipótesis, antes, durante y después de la recolección de datos. A demás el método cualitativo incluye el análisis de datos, la interpretación de los resultados, y por último la elaboración de un reporte.

En cuanto a la característica de este estudio, el mismo es descriptivo “busca especificar propiedades y características importantes de cualquier fenómeno que se analice. Describe tendencias de un grupo o población” (Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. 2014).

Y por último retrospectivo realiza alusión a que se estudia algo en tiempo pasado.

En este trabajo se pedirá permiso para consultar las historias clínicas en el Sistema informático perinatal de aquellas pacientes que tuvieron como resultado obstétrico el óbito fetal y tuvieron como motivo de consulta la disminución o ausencia de los movimientos fetales.

**Unidad de análisis: Población objetivo.**

Nuestra población objetivo serán personas en puerperio que tuvieron su parto y/o cesaría en Centro Hospitalario Pereira Rossell, obteniendo como resultado un óbito fetal, durante el período de 2022/2023.

Para identificar la población se tomará como fuente el SIP para el cual uno de sus objetivos es realizar investigaciones epidemiológicas operacionales, extraen los datos de la casilla “Nacido vivo”. A través de la cédula de la madre acceder a la Historia clínica para obtener el dato propuesto a analizar que será si existió una alteración de movimientos fetales ya sea en consultas previas o en sala de internación.

#### **Criterios de inclusión.**

Se contemplarán a todas aquellas pacientes que tuvieron un óbito fetal en el período del año 2022/2023.

#### **Criterios de exclusión.**

Todas las pacientes que tuvieron un óbito fetal y no consultaron por disminución de movimientos.

#### **Técnica de recolección de datos.**

Para acceder a la recolección de datos se solicitará autorización a la institución a través de una carta formal.

Una vez obtenida la aprobación de este, se iniciará la recolección para su posterior análisis, a partir del SIP el cual nos permitirá obtener la muestra general del total de óbitos, utilizando la casilla de “nacido vivo /muerto”. Más adelante, se visualiza una imagen del SIP, la casilla que se detalla antes mencionada.

A partir de esta muestra se explorará en la historia clínica la presencia de disminución de movimientos fetales, como motivo de consulta.

Por consiguiente, el objetivo es reunir una muestra materna que consultaron por cambios en el patrón de movimientos para establecer la relación hacia el desenlace de óbito fetal.

CARNÉ PERINATAL - CLAP/SMR - OPS/OMS				FECHA DE NACIMIENTO		ETNIA		ALFA BETA		ESTUDIOS		ESTADO CIVIL		Lugar del control prenatal	
NOMBRE APELLIDO				dia mes año		blanca indígena mestiza negra otra		ninguno primaria secund. univers. años en el mayor nivel		casada unión estable soltera otro vive sola		Lugar del parto aborto		N° Identidad	
DOMICILIO TELEF.				EDAD (años)											
LOCALIDAD				< de 15 > de 35											
FAMILIARES PERSONALES				OBSTETRICOS		gestas previas		abortos		vaginales		nacidos vivos		viven	
no si TBC diabetes hipertensión preeclampsia eclampsia otra cond. médica grave				cirugía genito-urinaaria infertilidad cardiopat. neftropat. violencia VIH+		ULTIMO PREVIO n/c <2500g normal > 4000g		3 espont. consecutivos		partos cesáreas		nacidos muertos		muertos 1° sem. después 1° sem.	
FIN EMBARAZO ANTERIOR				EMBARAZO PLANEADO		FRACASO METODO ANTICONCEP.									
GESTACION ACTUAL				EG CONFIABLE		FUMA ACT.		FUMA PAS.		DROGAS		ALCOHOL		VIOLENCIA	
PESO ANTERIOR TALLA (cm) FUM FPP				Eco <20 s.		1° trim 2° trim 3° trim									
CERVIX Insp. visual PAP COLP				GRUPO Rh Inmuniz.		TOXOPLASMOSIS		Hb <20 sem		Fe FOLATOS		VIH - Diag - Tratamiento		SIFILIS - Diagnóstico y Tratamiento	
PALUDISMO/MALARIA BACTERIURIA GLUCEMIA EN AYUNAS				ESTREPTOCOCO B PREPARACION PARA EL PARTO		CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA		220 sem solicitada		Prueba result		TARV en emb.		Prueba treponémica	
EX. NORMAL ODONT. MAMAS															
CONSULTAS ANTE NATALES				PARTO ABORTO		HOSPITALIZ. en EMBARAZO		CORTICOIDES ANTENATALES		INICIO espontáneo		ROTURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO		EDAD GEST. al parto	
dia mes año edad gest. peso PA altura uterina (presn/lación) FCF (lpm) movim. fetales proteinuria				FECHA DE INGRESO CONSULTAS PRE-NATALES total		días		completo incompl. ninguna		inducido cesar. elect.		hora min temp. ≥ 38°C		semanas días	
NACIMIENTO VIVO MUERTO				PARTO OPERATORIO O INDUCCION		INDUC OPER		ENFERMEDADES		HTA previa HTA inducida embarazo preeclampsia eclampsia cardiopatía nefropatía diabetes		infec. ovular infec. urinaria amenaza parto preter. R.C.I.U. rotura prem. de membranas anemias otra cond. grave		1° trim. 2° trim. 3° trim. postparto	
POSICION PARTO				RECIEN NACIDO		P. CEFALICO cm		EDAD GESTACIONAL sem. días		PESO E.G. APGAR		FALLECE en LUGAR de PARTO		ATENDIO médico obst. ent. auxil. estud. empir. otro	
sentada acostada episiotomia				SEXO PESO AL NACER LONGITUD cm		ESTIMADA		adec. 1° p.eq. 5° gde.		estimulac. aspiración máscara oxígeno masaje tubo		no si		PARTO NEONATO	
DEFECTOS CONGENITOS				VIH en RN		TAMIZAJE NEONATAL		VDRL Tsh Hbpatia Bilirrub Toxo IgM		Meconio 1° día		Antirubeola post parto		ANTIGONCEPCION	
ENFERMEDADES				Expuesto Tto.		no si		no si		no si		no si		CONSEJERIA	
EGRESO RN				EGRESO MATERNO		Boca amiba		EGRESO MATERNO		Boca amiba		Boca amiba		METODO ELEGIDO	
vivo fallece traslado				dia mes año hora min		Boca amiba		dia mes año		Boca amiba		Boca amiba		DIU post-evento DIU natural barrera otro hormonal	
Nombre Recién Nacido Responsable				Nombre Recién Nacido Responsable		Nombre Recién Nacido Responsable		Nombre Recién Nacido Responsable		Nombre Recién Nacido Responsable		Nombre Recién Nacido Responsable		Nombre Recién Nacido Responsable	

Este color significa ALERTA (no indica necesariamente riesgo ni prácticas inadecuadas)  
 OPESAP (Regional) 06/11

Patrones de altura uterina e incremento de peso materno según edad gestacional. Una vez conocida la edad gestacional, se la ubica en la gráfica y se comparan los valores obtenidos con los centiles (P10, P25 y P90) graficados.

## **Procesamiento de datos.**

Una vez descritos los datos, se realizará una organización de estos, agrupándolos en secciones.

Sección 1: Gestantes que tuvieron como motivo de consulta la disminución o ausencia de movimientos fetales y tuvieron como desenlace un óbito.

Sección 2: Gestantes que consultaron por alteración de movimientos fetales y no tuvieron el resultado de óbito.

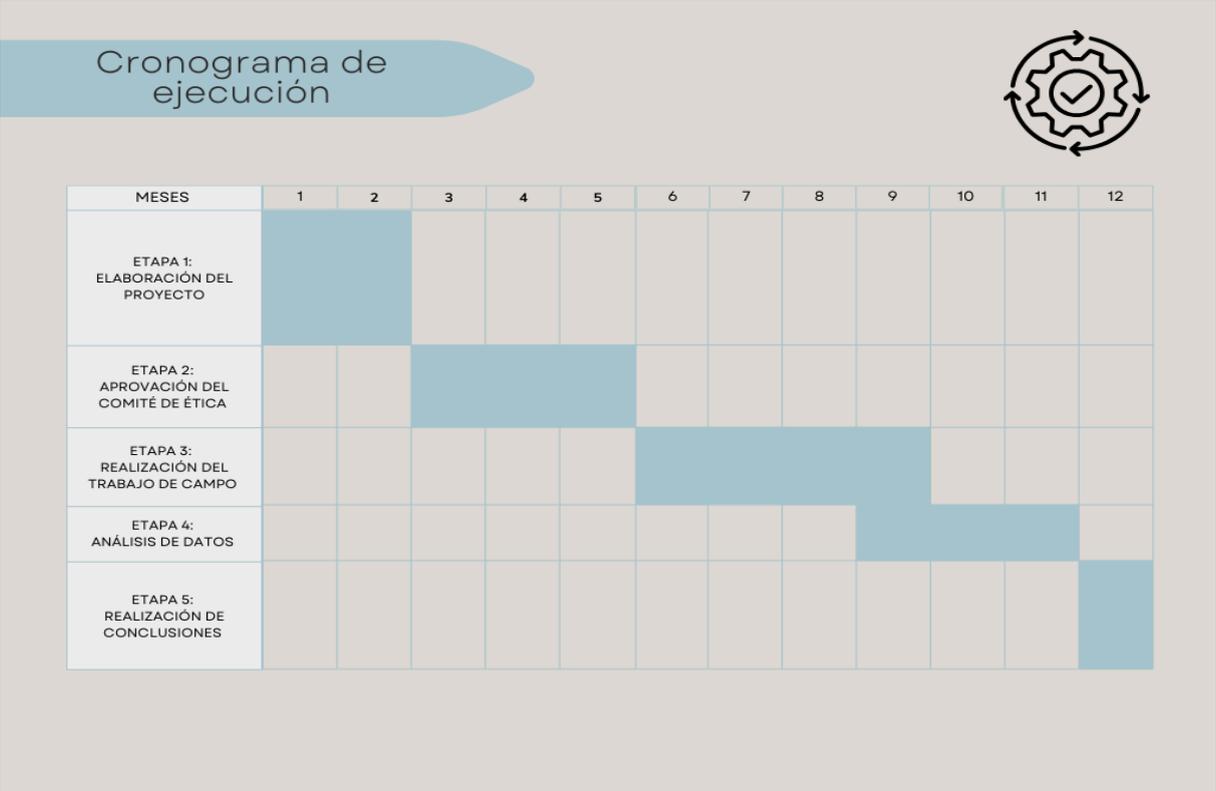
Sección 3: Resultado monitoreo reactivo, recién nacido vivo.

Sección 4: Resultado monitoreo no reactivo, óbito fetal.

## **Análisis y discusión de datos.**

Se tendrá en cuenta los estudios realizados, monitoreos y respectivos resultados, cuáles de estos embarazos se sometieron a estudios de alta complejidad como lo es el perfil biofísico. Comparación de resultados, es decir en cuántos embarazos se diagnosticó el óbito, y en cuantos se debió interrumpir con el objetivo de disminuir la morbi mortalidad perinatal, con el resultado neonatal correspondiente.

# CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN



## Cronograma de ejecución



ETAPAS	ACTIVIDADES
ETAPA 1: ELABORACIÓN DEL PROYECTO	BUSQUEDA BIBLIOGRÁFICA, PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA, CONCEPCIÓN DEL DISEÑO DE ESTUDIO, REDACCIÓN DEL MARCO TEÓRICO Y ANTECEDENTES, DISEÑO DE HERRAMIENTAS DE INVESTIGACIÓN Y MUESTRA INICIAL.
ETAPA 2: APROVACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA	PRESENTACIÓN DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN, NOTA DE SOLICITUD DE APROBACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ANTE EL COMITÉ DE ÉTICA DE LA FACULTAD DE MEDICINA.
ETAPA 3: REALIZACIÓN DEL TRABAJO DE CAMPO	ACCEDER A LA INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE EN EL TIEMPO ESTIPULADO.
ETAPA 4: ANÁLISIS DE DATOS	ANÁLISIS DE LOS DATOS RECADADOS,
ETAPA 5: REALIZACIÓN DE CONCLUSIONES	INTERPRETAR LOS RESULTADOS. ELABORAR INFORME DE LOS RESULTADOS. COMPARAR LOS RESULTADOS CON LOS APORTADOS POR OTROS AUTORES SOBRE EL TEMA

## CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para llevar a cabo esta investigación se tomarán las consideraciones éticas necesarias para realizar una investigación en seres humanos, se encuentran detalladas en el decreto 158/19 del Ministerio de Salud Pública.

Todas las instituciones, tanto públicas como privadas, los patrocinadores y los investigadores deberán velar para que toda modalidad de investigación que se realice en su seno, en la que participen seres humanos respeten la presente normativa. (Decreto 158-Artículo 2).

El Sistema Nacional Integrado de Salud reconoce la importancia de las actividades de investigación en seres humanos para el desarrollo científico. En relación se establece que el Ministerio de Salud Pública deberá de llevar a cabo la regulación y los aspectos vinculados a la protección de salud, así como también de la dignidad a través de la bioética.

Se solicitará el aval al Comité de Ética del CHPR para obtener el acceso y utilizar los datos del SIP e historias clínicas.

Se justificará ante dicho organismo la finalidad de la recolección de los datos, así como los objetivos, metodología a utilizar, análisis y tiempo a disponer.

Así mismo para que sea posible se solicitará la autorización por parte de las personas que participaran voluntariamente, considerando el artículo 12 de la Ley N.º

18.335 que detalla: “Todo procedimiento de investigación médica deberá ser expresamente autorizado por el paciente sujeto de investigación, en forma libre, luego de recibir toda la información en forma clara sobre los objetivos y la metodología de la misma...”

Se garantizará la confidencialidad y anonimato de los datos seleccionados, protegiendo la integridad de las personas. El cumplimiento de estas consideraciones éticas estará basado en la Ley de protección de los datos personales N.º 18.331.

Del mismo modo se afirma que la investigación no lleva consigo riesgos de ninguna índole, por el contrario, la finalidad es el beneficio y aporte positivo a la comunidad, siendo partícipes e involucradas en escenarios posibles aquellas personas gestantes relacionadas con dicha temática, así como también los profesionales de la salud encargados de brindar la mejor asistencia en calidad.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Interventions for investigating and identifying the causes of stillbirth (Review). Wojcieszek AM, et al. (2018). Interventions for investigating and identifying the causes of stillbirth (Review). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6494629/pdf/CD012504.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2017). Para que cada bebé cuente. Auditoría y examen de las muertes prenatales y neonatales. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/258931/9789243511221-spa.pdf?sequence=1> HYPERLINK
- Stillbirths: rates, risk factors, and acceleration towards 2030. Prf. Joy E. Lawn, Hannah Blencowe, Peter Waiswa. 10018, 2016, The Lancet , Vol. 387, pp. 587-603.
- Hospital de la Mujer “Dra. Paulina Luisi”. Informe de Gestión y Sistema Informático Perinatal. Montevideo:s.n.,2018.
- Clínic Barcelona (2021). Protocolo: disminución de los movimientos fetales. Disponible en: <https://fetalmedicinebarcelona.org/wp-content/uploads/2024/02/disminucion-movimientos-fetales.pdf>
- Clínica Universidad de Navarra (2024). Definición de factor de riesgo. Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/factor-riesgo>
- Schwarcz R. Obstetricia. El Ateneo. Buenos Aires. 1986.
- Actualización de Consenso de Obstetricia FASGO 2017: “RCIU (Restricción del Crecimiento intrauterino)” Autores: Prof. Dr. Eduardo A. Valenti Dr. Nicolás Avila Prof.

Dra. Sofía Amenabar Dr. Edgar Zanuttini Dr. Horacio Crespo . Disponible en : [https://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Actualizacion\\_consenso\\_RCIU\\_FASGO\\_2017.pdf](https://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Actualizacion_consenso_RCIU_FASGO_2017.pdf)

- IMPACTO DE LA DIABETES GESTACIONAL EN LA MORBIMORTALIDAD NEONATAL, NPunto Volumen III. Número 28. Julio 2020, García Fernández, Yolanda Enfermera Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. Disponible en <https://www.npunto.es/revista/28/impacto-de-la-diabetes-gestacional-en-la-morbimortalidad-neonatal>
- Manejo en preeclampsia severa. Revisión de la literatura, Archivos de Ginecología y Obstetricia. 2018; Volumen 56, número 2: 87–98, J. Rosinger<sup>2</sup>, L. Soldatti<sup>2</sup>, A. M. Pérez<sup>1</sup> Facultad de Medicina Universidad de la República Hospital Central de las Fuerzas Armadas - Montevideo, Uruguay. Disponible en: <https://ago.uy/descargar/adjunto/24-v3datj-ago2018-56-2-articulo4-preeclampsia.pdf>
- Laura Silvia Hernández Gutiérrez. Preeclampsia: Una mirada a una enfermedad mortal. Artículos de revisión. Departamento de Integración de Ciencias Médicas .UNAM. Ciudad de México, México. Revista de la Facultad de Medicina, vol.64 no.5 sep./oct.2021 Epub 03-feb-2022. Disponible en [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0026-1742202100050007#B1](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-1742202100050007#B1)
- Tinedo, María J, Santander P, Francisco, Alonso F, José, Herrera H, Adrián, Colombo S, Carla, & Díaz, Mardorys. (2016). Muerte fetal: caracterización epidemiológica. *Salus*, 20(2), 37-43. Recuperado en 17 de noviembre de 2024, de [https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1316-71382016000200008&lng=es](https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-71382016000200008&lng=es)
- Reglamento del ejercicio de la profesión de Partera decreto N° 445/007. Artículo 6. Disponible en <https://www.impo.com.uy/bases/decretos-reglamento/628-1979>
- Reglamento del ejercicio de la profesión de Partera decreto N° 445/007. Artículo 7. Disponible en <https://www.impo.com.uy/bases/decretos-reglamento/628-1979>
- Demitto, M. O., Gravena, A. A., Dell'Agnolo, C. M., Antunes, M. B., & Pelloso, S. M. (2017). High risk pregnancies and factors associated with neonatal death. Revista da Escola de Enfermagem da U S P, 51. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28380160/>
- Clínic Barcelona. (2020). Protocolo: pérdida gestacional segundo trimestre y éxitus fetal Disponible en: <https://fetalmedicinebarcelona.org/wp-content/uploads/2024/02/Exitusfetal.pdf>
- Lacerda, Yessy, Quintela, Violeta, Coppola, Francisco. (2020). Recomendación para el estudio de óbito fetal de acuerdo a la revisión de Guías Clínicas. Disponible en: <https://ago.uy/descargar/adjunto/90-vgaq8n-ago60-1-art-4-cierre.pdf>

- Coppola, Francisco. (2019). ¿Inducción a las 39 semanas para evitar óbitos inesperados más tarde? Disponible en: <http://coppolapancho.blogspot.com/search?q=obito>
- Camacho Alvarado Silvana Dalina, Quiroz Tucto Mariella Mariyú. (2019). "Monitoreo fetal intraparto sospechoso y patológico en relación a los resultados perinatales de las gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huanuco 2019". Disponible en <https://repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/123456789/3459/Camacho%20Alvarado%2c%20Silvana%20Dalina.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Defey, D; Díaz Rossello, J; Friedler, R; Nuñez, M; Terra, C. (1992) Duelo por un niño que muere antes de nacer. ROCA VIVA.
- Defey, D; Díaz Rossello, J; Friedler, R; Nuñez, M; Terra, C. (1992) Duelo por un niño que muere antes de nacer. ROCA VIVA.
- Ravaldi, C., Carelli, E., Frontini, A., Mosconi, L., Tagliavini, S., Cossu, E., Crescioli, G., Lombardi, N., Bonaiuti, R., Bettiol, A., Facchinetti, F., & Vannacci, A. (2022). The BLOSSoM study: Burnout after perinatal LOSS in Midwifery. Results of a nation-wide investigation in Italy. *Women and Birth*, 35(1), 48-58. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.01.003>
- Secretaría de salud. (2010). Diagnóstico y Tratamiento de la Muerte fetal con Feto Único. México: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. disponible en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/IMSS-567-12/ER.pdf> HYPERLINK
- Gómez-Ulla, P; Contreras García, M. (2021) Duelo Perinatal. SÍNTESIS.
- Luzardo, M. Pieruccioni, M. Arrospide R. (2022) Rol de la Obstetra Partera ante el diagnóstico de Óbito Fetal. Comunicación y duelo.

#### NORMATIVA

- DECRETO N 158/019 del Ministerio de Salud Pública disponible en <https://www.impo.com.uy/bases/decretos-originales/158-2019>
- ARTÍCULO 12 - LEY 18335 Disponible en <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18335-2008>
- Decreto N° 276/019, Ley N° 19.628 disponible en <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/276-2019>

## **ANEXOS**

### **Anexo 1**

**Caja de recuerdo, EN TU NOMBRE.**



Analia Filosi, el país. 2022



Hospital Pereira Rossell, 2024.

## **Anexo 2**

**Cajas de recuerdo realizadas por el personal de salud de CTI Pediátrico del Hospital Regional de Salto.**



Noviembre, 2024.







