



**UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI**

**VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN**

**FACULTAD DE CIENCIAS**

**SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA CON  
MENCION EN EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS, ALTO RIESGO Y  
CUIDADOS CRÍTICOS MATERNOS**

**TRABAJO ACADÉMICO**

**EMBARAZO GEMELAR: FETO VIVO Y ÓBITO FETAL EN  
EXPULSIVO EN UNA GESTANTE ATENDIDA EN UN  
HOSPITAL DE LIMA – 2025**

**PRESENTADO POR**

**LIC. MAGNA LIZ CHAPOÑAN VEGA**

**ASESOR**

**MG. MARIA DEL PILAR ASAN VELASQUEZ**

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

**MOQUEGUA-PERÚ**

**2025**



**Universidad José Carlos Mariátegui**  
**FACULTAD DE CIENCIAS**  
**“UNIDAD DE INVESTIGACIÓN”**

*“Año de la Recuperación y la Consolidación de la Economía Peruana”*

00790-2025

**CERTIFICADO DE ORIGINALIDAD**

El que suscribe, en calidad de Jefe de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias, certifica que el: Trabajo de Investigación (  ) / Tesis (  ) / Trabajo de Suficiencia Profesional (  ) / Trabajo Académico (  ), titulado: **EMBARAZO GEMELAR: FETO VIVO Y ÓBITO FETAL EN EXPULSIVO EN UNA GESTANTE ATENDIDA EN UN HOSPITAL DE LIMA – 2025**, presentado por la aspirante: **CHAPOÑAN VEGA, Magna Liz**, para obtener el: Grado Académico (  ) / Título Profesional (  ) / Título de Segunda Especialidad (  ) en: **SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA CON MENCIÓN EN EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS, ALTO RIESGO Y CUIDADOS CRÍTICOS MATERNOS**, asesorada por la Mgr. Maria del Pilar Asan Velasquez, designada con Resolución de Decanato N° 2118-2025-FACS-UJCM, fue sometido a revisión de similitud textual con el software TURNITIN obteniendo un porcentaje del **22%**, el cual se encuentra dentro de los parámetros **PERMITIDOS** por la Universidad José Carlos Mariátegui, de conformidad a la normativa interna, considerándolo apto para su publicación en el Repositorio Institucional.

Se expide la presente para los fines pertinentes.

Moquegua, 05 de Noviembre de 2025



**UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI**  
**FACULTAD DE CIENCIAS**

**Dr. VICTOR JAVIER CORNEJO RODRIGUEZ**  
**JEFE DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN**

## ÍNDICE DE CONTENIDO

PÁGINA DEL JURADO	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
ÍNDICE DE CONTENIDO	iv
RESUMEN	v
CAPÍTULO I_ PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN	6
1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	6
1.2 JUSTIFICACIÓN	8
1.3 MARCO TEÓRICO	9
1.3.1 ANTECEDENTES	9
ANTECEDENTES INTERNACIONALES	9
ANTECEDENTES NACIONALES	9
1.3.2 CONCEPTOS BASICOS DE LA ENFERMEDAD O EVENTO	12
CAPÍTULO II_ CASO CLÍNICO	20
2.1 OBJETIVOS	20
2.2 SUCESOS RELEVANTES	21
2.3 DISCUSIÓN	31
2.4 CONCLUSIONES	31
2.5 RECOMENDACIONES	36
BIBLIOGRAFÍA	38

## RESUMEN

El óbito fetal de un embarazo gemelar y el otro feto vivo detectado durante el periodo expulsivo constituye una complicación obstétrica de alta complejidad, cuya comprensión requiere un abordaje multidimensional. **Objetivo:** Explicar cómo es el manejo clínico y terapéutico en una gestante que ha sido atendida por presentar un embarazo gemelar donde uno de ellos es óbito fetal durante el periodo expulsivo en un hospital de Lima, el año 2025. **Resultados:** Mujer de 31 años de edad sin control prenatal ni fecha de última menstruación conocida, G4 P1021, acude por emergencia refiriendo contracciones uterinas, refiere percibir movimientos fetales, niega sangrado vaginal y pérdida de líquido amniótico. Al tacto vaginal se encuentran 10cm de dilatación, dinámica uterina propia del periodo expulsivo y membranas íntegras, pasando a inmediatamente a sala de partos. Se procede atención de parto de recién nacido femenino con peso de 2670 grs., talla de 46.5 cm.; apgar 8' 9'; Capurro: 40 ss.; suspendiéndose el alumbramiento dirigido cuando la gestante mencionó que tenía dos bebés. A los diez minutos, paciente refiere sensación de pujo, produciéndose un segundo parto de un óbito fetal con malformaciones en cráneo, líquido meconial verde espeso y de mal olor, con peso: 1485 grs; talla: 43 cm., apgar: 0. La evolución en el puerperio fue favorable, siendo dada a los dos días con indicaciones y tratamiento antibiótico.

**Palabras claves:** Alto riesgo obstétrico, Atención prenatal, Caso clínico, Embarazo gemelar, Óbito fetal.

## **CAPÍTULO I**

### **PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

El óbito fetal, también conocido como muerte fetal intrauterina, se define como la muerte del producto de la concepción que ocurre después de las 20 semanas de gestación o cuando el feto pesa más de 500 gramos si no se conoce la edad gestacional(1). Pero el concepto de óbito fetal no solo contempla la pérdida física del feto, sino también el reconocimiento de una experiencia traumática para la madre y su entorno(2). A diferencia de lo que se presume comúnmente, muchas muertes fetales no tienen una causa fácilmente identificable, lo que complica tanto su prevención como su procesamiento emocional. En contextos médicos, también se tiende a usar el término “muerte perinatal”, que incluye tanto el óbito fetal tardío como la muerte neonatal temprana, lo cual permite evaluar con más precisión la calidad del sistema de atención perinatal (3).

A nivel global, se estima que en 2021 ocurrieron aproximadamente 1.9 millones

de óbitos fetales, lo que significa una pérdida fetal cada 16 segundos siendo lo más alarmante es que más del 80 % de estas muertes podrían evitarse con intervenciones oportunas, como un control prenatal adecuado o atención intraparto de calidad (4). Las regiones más afectadas son África subsahariana y Asia meridional, donde convergen factores como la pobreza, el difícil acceso a servicios de salud y la escasa cobertura de atención obstétrica (5).

En el Perú, los reportes del Ministerio de Salud indican que entre 2012 y 2023 se han registrado 49,180 muertes fetales, con un promedio anual de 4,472 casos. Solo en el año 2023, se reportaron 4,314 óbitos fetales, evidenciando una leve disminución respecto a años anteriores (6). Las regiones con mayor incidencia son Lima Metropolitana, La Libertad y Piura, donde se concentra gran parte de la población. Esta distribución refleja brechas en la cobertura y calidad del control prenatal, así como desigualdades territoriales en el acceso a servicios especializados (7).

En base a lo expuesto, el estudio de un óbito fetal, detectado en el periodo expulsivo, reviste gran importancia debido a las implicancias clínicas, sociales y éticas que conlleva. Este tipo de desenlaces perinatales adversos no solo representan una tragedia para la madre y su familia, sino que también evidencian fallas en el acceso, la cobertura o la calidad de los servicios de salud materna. Con ese fin, el presente estudio se desarrolló bajo la forma de un caso clínico tomando como referencia la evolución de una gestante con óbito fetal en periodo expulsivo que presentó como principales factores de riesgo el embarazo gemelar y la ausencia de controles prenatales, y fue atendida en un hospital de tercer nivel de Lima.

## 1.2 JUSTIFICACIÓN

Desde el enfoque teórico, el óbito fetal detectado durante el periodo expulsivo constituye una complicación obstétrica de alta complejidad, cuya comprensión requiere un abordaje multidimensional. El embarazo gemelar per se representa una gestación de alto riesgo, que se asocia a una mayor incidencia de complicaciones como parto pretérmino, restricción del crecimiento intrauterino, preeclampsia, desprendimiento prematuro de placenta y mortalidad perinatal. Dichas complicaciones se pueden agravarse marcadamente cuando no se realiza un adecuado control prenatal.

Asimismo, diversas investigaciones demuestran que el seguimiento obstétrico periódico ayuda a identificar oportunamente condiciones que ponen en riesgo la vida fetal y materna, facilitando intervenciones preventivas o resolutivas. Teóricamente, este caso permite evidenciar la relación entre la omisión del control prenatal y el desenlace fatal evitable, destacando el por qué es necesario aplicar los principios de la medicina basada en evidencias en la atención obstétrica.

Desde un punto de vista práctico, este caso clínico expone una situación crítica que se presenta en contextos donde persisten las barreras para acceder a los servicios de salud materna. La detección de un óbito fetal en el periodo expulsivo de un embarazo gemelar sin control prenatal no solo refleja una falla en la atención primaria, sino que también evidencia una oportunidad desaprovechada para salvar una vida fetal. Además, refuerza la necesidad de mejorar la captación temprana de gestantes, el registro y seguimiento de embarazos múltiples, y la capacitación continua del personal de salud para la

atención de emergencias obstétricas. Asimismo, este caso fortalece la cultura del análisis de eventos adversos como herramienta de mejora continua, a través de la identificación de fallas en la atención con el fin de plantear a futuro acciones correctivas y así evitar la repetición de hechos similares.

Desde una perspectiva metodológica, la presentación de este caso clínico se justifica como una herramienta valiosa para la formación y actualización del personal de salud, especialmente en áreas como obstetricia, neonatología y salud pública. El estudio de casos clínicos reales permite no solo ilustrar situaciones complejas, sino también estimular el pensamiento crítico, la toma de decisiones basada en la evidencia y el trabajo multidisciplinario. A través del análisis detallado de este caso, se busca no solo comprender lo ocurrido, sino también generar propuestas de mejora para el sistema de salud, desde la educación sanitaria comunitaria hasta la atención obstétrica especializada.

### **1.3 MARCO TEÓRICO**

#### **1.3.1 ANTECEDENTES**

##### **ANTECEDENTES INTERNACIONALES**

Rodríguez et al. en el año 2024, en México, reportaron un estudio con el objetivo de describir el caso de una mujer de 18 años de edad y 30 semanas de gestación, que acudió a hacerse una ecografía para evaluar el estado de su embarazo gemelar monocorial amniótico, el cual corroboró la muerte de uno de los gemelos. Al demostrarse que el feto sobreviviente se encontraba estable, al igual que su madre, se procedió a internarla para hacerle un monitoreo más intenso. Tras una semana, la gestante tuvo una amenaza de parto pretérmino, por lo que se optó por interrumpir la gestación con urgencia, obteniéndose un

recién nacido varón con edad gestacional de 32 según Capurro, que presentó dificultad respiratoria al nacer y requirió ser hospitalizado debido a su prematuridad. La madre tuvo una evolución favorable, siendo dada de alta a las 48 horas, mientras que el recién nacido quedó hospitalizado durante tres semanas aproximadamente, adaptándose favorablemente y siendo dado de alta tras ese periodo(8).

Rivera en el año 2024, en Colombia, realizó un estudio con el objetivo de determinar las características epidemiológicas y clínicas que tienen las gestantes con óbito fetal que son atendidas en una clínica privada, empleando para ello un estudio retrospectivo descriptivo de corte transeccional, para lo cual se seleccionaron 174 historias clínicas del periodo 2020-2023. Los resultados reflejaron una tendencia a la disminución de casos anuales de óbitos. Asimismo, se halló que las gestantes con óbitos fetales en su mayoría se caracterizan por tener un nivel educativo básico en un 50,6% y tener varios embarazos en un 63,8%. El embarazo gemelar monocorial biamniótico estuvo presente en el 2,4% de casos, mientras que el bicorial biamniótico se reportó en el 0,8%. Las patologías más comunes reportadas fueron los trastornos hipertensivos con 16,7% y la diabetes gestacional con 4,0%. En el caso de la sífilis, se halló diferencia significativa en el caso de las adolescentes (9).

Cerón et al. en el año 2021, en Colombia, tuvieron como objetivo describir el caso de un embarazo múltiple con muerte fetal única, el cual se trataba de una mujer de 30 años de edad, en las 26 semanas de su segunda gestación, sin antecedentes previos de importancia, que llega al establecimiento por reporte ecográfico que indicaba la existencia de un gemelo fallecido en un embarazo

monocorial biamniótico. No se encontraron resultados positivos para TORCH, ni en cultivo de líquido amniótico ni en evaluación ultrasonográfica. Los análisis complementarios para el riesgo de coagulación intravascular diseminada fueron inicialmente negativos. Se mantuvo un manejo expectante, posteriormente se asoció una hipertensión gestacional obligando a inducir el trabajo de parto en la semana 36, sin complicaciones durante el proceso. El recién nacido vivo tuvo 2500 gramos, con un Apgar de 9 y 10, se observaron placentas fusionadas, extensas áreas necróticas y calcificaciones, con líquido amniótico eutérmico y de olor normal en ambas bolsas; el óbito, sólo pesó 700 gramos esfacelado, sin malformaciones evidentes. La evolución de la madre fue favorable(10).

#### **ANTECEDENTES NACIONALES**

Villagaray en el año 2024, en Ica, realizaron un estudio con el objetivo de determinar los determinantes que se asocian a la presencia de óbito fetal en gestantes con edades extremas atendidas en un hospital de la región, mediante un estudio descriptivo retrospectivo y comparativo en el que se contó con una muestra de 34 gestantes, 12 adolescentes y 22 añosas. Los resultados evidenciaron como características más diferenciadas entre gestantes adolescentes y añosas, el ser ama de casa con el 77.2% en añosas y 58.3% en adolescentes; el estado civil conviviente con 59,1% en añosas y soltera en el 58.3% de adolescentes; la nuliparidad en el 75% de adolescentes nulíparas en comparación con la multiparidad con el 59.2% en añosas; los antecedentes de aborto, ausentes en adolescentes en un 91.7%, y presente en el 63.6% de añosas(11).

Pantigoso et al. en el año 2024, en Lima, realizaron un estudio con el objetivo de describir las características de los casos de óbito fetal reportados en un hospital público peruano, empleando un estudio de tipo descriptivo y corte transversal, cuya muestra estuvo integrada por conformada por 137 casos de muerte fetal mayor de 22 semanas atendidos durante un periodo de cinco años. Los resultados indican que la muerte fetal estuvo presente en una tasa de 14,8 por 1 000 nacidos vivos. Las características más frecuentes encontradas fueron el estado civil conviviente con el 70,1 %, ser ama de casa con el 92 %, estudios secundarios en el 83.2%, ser multigesta en un 50,4 %, tener antecedente de aborto en un 29,9 %. Entre las alteraciones más frecuentes se encontraron el sobrepeso con 29,2%, infección del tracto urinario en el 38%, preeclampsia en un 17,5 %, mientras que el 19% presentaron malformaciones congénitas(12).

Vega, en el año 2023, desarrolló un estudio con el objetivo de presentar el caso de una mujer de 30 años y 38 semanas de gestación, que ingresó al servicio de emergencias por presentar contracciones uterinas frecuentes, sin signos de alarma, y movimientos fetales presentes. Al examen clínico se encontró una altura uterina de 29 cm, ausencia de latidos cardiacos fetales, dinámica uterina 2 a 3/10 ++ 25''y una dilatación de 5cm en el cuello uterino. Tras ello se opta por referir a la paciente a un hospital de referencia, con diagnóstico de gestante de 38,5 semanas con presunto óbito fetal y trabajo de parto en fase activa. En el hospital de referencia se produjo el parto vaginal, hallándose un óbito fetal con malformaciones congénitas, de sexo femenino con 2090 grs, de peso. Tras dos días la madre fue dada de alta, sin signos de complicaciones(13).

### **1.3.2 CONCEPTOS BASICOS DE LA ENFERMEDAD O EVENTO**

## **GENERALIDADES**

El óbito fetal, también conocido como muerte fetal intrauterina, se define como la muerte del producto de la concepción que ocurre después de las 20 semanas de gestación o cuando el feto pesa más de 500 gramos si no se conoce la edad gestacional(1). Esta definición es reconocida por organismos internacionales como la OMS y se diferencia del aborto espontáneo por el tiempo de ocurrencia. El óbito fetal puede pasar desapercibido inicialmente y detectarse recién durante un control prenatal, cuando ya no se identifican signos vitales fetales como los latidos cardíacos(2).

## **CLASIFICACIÓN**

El óbito fetal puede clasificarse según el momento en que ocurre la muerte: anteparto (antes del inicio del trabajo de parto) e intraparto (durante el trabajo de parto). Esta diferenciación se da puesto que, ya que la mayoría de los óbitos anteparto se relacionan con causas crónicas como insuficiencia placentaria o malformaciones, mientras que los intraparto se vinculan más a deficiencias en la atención durante el parto(3).

Otra forma de clasificarlo es por edad gestacional: óbito precoz (entre 20 y 27 semanas) y tardío (a partir de las 28 semanas). Los óbitos tardíos representan un mayor porcentaje y están más relacionados con fallas en el monitoreo del bienestar fetal(6). También existen sistemas como ReCoDe o CODAC, que intentan estandarizar las causas de muerte fetal para mejorar los reportes epidemiológicos y la formulación de estrategias preventivas(14).

## **FISIOPATOGENIA**

La fisiopatogenia del óbito fetal se centra en la interrupción prolongada del aporte de oxígeno y nutrientes al feto, lo que puede tener origen materno, fetal

o placentario(15). En muchos casos, la insuficiencia placentaria es el mecanismo común, donde la placenta pierde su capacidad de intercambio adecuado, generando hipoxia fetal progresiva. Esta situación puede derivar de trastornos hipertensivos, alteraciones del cordón umbilical o desprendimiento prematuro de placenta (16).

En otros casos, la causa puede ser fetal, como una malformación incompatible con la vida o una infección intrauterina. Estas alteraciones conducen a una cascada de eventos celulares que incluyen apoptosis, inflamación y acidosis metabólica(17). Además, ciertos agentes infecciosos pueden provocar directamente necrosis del tejido placentario, acelerando la muerte fetal. Comprender estos mecanismos permite diseñar intervenciones específicas y reducir el riesgo en futuras gestaciones(15).

### **FACTORES DE RIESGO**

Entre los principales factores de riesgo para el óbito fetal se encuentran las enfermedades maternas crónicas como la hipertensión arterial, diabetes mellitus, lupus eritematoso sistémico y trastornos de la coagulación. Asimismo, los antecedentes obstétricos adversos, la obesidad, el tabaquismo y la exposición a sustancias tóxicas elevan significativamente el riesgo. Particular atención merecen los embarazos múltiples, como los gemelares o monocoriales, que presentan una mayor incidencia de complicaciones fetales, incluyendo restricción de crecimiento, síndrome de transfusión feto-fetal y muerte intrauterina selectiva(18).

Los embarazos múltiples presentan un riesgo incrementado de muerte fetal debido a una mayor frecuencia de complicaciones fetales y placentarias. Entre

estas se encuentran la discordancia del crecimiento, el síndrome de transfusión feto-fetal en gemelos monocoriónicos y el parto prematuro(19). Cada una de estas condiciones implica un estrés fisiológico adicional para los fetos, que puede derivar en hipoxia, sufrimiento fetal y, en los casos más severos, óbito intrauterino(10).

Los gemelos monocoriales tienen un riesgo particularmente alto, ya que comparten una misma placenta, lo cual puede causar un intercambio sanguíneo desigual. En estos casos, un feto puede sufrir anemia y la otra sobrecarga circulatoria, lo que puede conducir a insuficiencia cardíaca fetal (20).

El control prenatal permite identificar precozmente las condiciones que predisponen a un óbito fetal, nos permite registrar los datos oportunos de la madre para observar su edad y si puede sufrir enfermedades como hipertensión, diabetes, infecciones o problemas anatómicos del útero. La ausencia de este seguimiento impide tomar medidas preventivas (21).

La falta de controles también impide que la madre sea educada sobre signos de alarma, como la disminución de movimientos fetales, hemorragias o dolores anormales(22). Además, sin controles regulares, es menos probable que se realicen exámenes clave como ecografías morfológicas, tamizajes de infecciones y pruebas de bienestar fetal en el tercer trimestre. Por lo tanto, el control prenatal no solo detecta enfermedades, sino que actúa como un sistema de protección integral que reduce sustancialmente la tasa de óbitos(23).

Los trastornos hipertensivos, como la preeclampsia y la hipertensión gestacional, constituyen una de las principales causas de óbito fetal a nivel mundial. Además, la preeclampsia puede presentarse de forma silenciosa,

especialmente cuando no hay control prenatal regular. Los signos clásicos, como la hipertensión persistente, la proteinuria y los edemas, pueden pasar desapercibidos si no se realizan controles rutinarios de presión arterial y análisis de orina(24).

El consumo de tabaco durante el embarazo aumenta significativamente el riesgo de muerte fetal debido a la vasoconstricción placentaria que provoca hipoxia crónica en el feto. La nicotina y el monóxido de carbono reducen la oxigenación fetal, mientras que el tabaquismo pasivo también se asocia a resultados adversos(25).

Por otro lado, el consumo de alcohol y drogas como la cocaína y opioides también conllevan consecuencias letales para el feto. La cocaína, en particular, se relaciona con desprendimiento de placenta, parto prematuro y muerte intrauterina por alteración vascular aguda(25). Además, el uso de sustancias dificulta la adherencia a controles prenatales y puede coexistir con violencia doméstica o negligencia médica. Abordar este problema requiere un enfoque integral con tamizaje en el primer trimestre y programas de apoyo psicosocial durante toda la gestación(26).

Las malformaciones congénitas, especialmente las que afectan órganos vitales como el corazón o el sistema nervioso central, representan una causa significativa de óbito fetal, siendo frecuentes la anencefalia, defectos del tubo neural y cardiopatías complejas(27). Estas anomalías, muchas veces incompatibles con la vida intrauterina, pueden detectarse mediante ecografía estructural en el segundo trimestre; sin embargo, el acceso limitado a este examen en poblaciones vulnerables impide una detección oportuna(28).

Factores como predisposición genética, teratógenos y enfermedades maternas como la diabetes no controlada aumentan el riesgo, por lo que se requiere un tamizaje prenatal universal y equitativo(29).

### **COMPLICACIONES**

El óbito fetal puede desencadenar múltiples complicaciones maternas que requieren atención médica inmediata. Una de las más frecuentes es la coagulopatía por consumo, como la coagulación intravascular diseminada (CID), especialmente si el feto muerto permanece en el útero por más de dos semanas. Esta condición compromete la integridad hemostática materna y puede generar hemorragias graves(30).

Otra consecuencia relevante del óbito fetal es el impacto psicoemocional en la gestante y su entorno familiar. Las mujeres que experimentan esta pérdida pueden desarrollar trastornos como depresión, ansiedad y estrés postraumático, que a menudo persisten en el tiempo y afectan futuras gestaciones(31).

### **DIAGNÓSTICO**

El diagnóstico de óbito fetal se basa en la ausencia de actividad cardíaca fetal confirmada por ecografía. Inicialmente, la sospecha puede surgir cuando la gestante reporta falta de movimientos fetales o en controles donde no se detecta latido cardíaco mediante Doppler. Sin embargo, solo la ecografía bidimensional permite confirmar la ausencia de latido, movimiento y tono fetal, signos inequívocos de muerte intrauterina(16,24).

Adicionalmente, una vez confirmado el diagnóstico, se pueden realizar estudios complementarios como perfil biofísico, Doppler de arterias umbilicales, pruebas de laboratorio materno y cultivos para determinar la posible causa. En

contextos de muerte fetal inexplicada, se recomienda la autopsia fetal, examen placentario e investigación genética para obtener mayor información y planificar futuros embarazos(23).

### **MANEJO Y TRATAMIENTO**

El tratamiento del óbito fetal intrauterino (IUFD) debe ser integral, considerando tanto el manejo clínico como el apoyo emocional a la gestante. Una vez confirmado el diagnóstico mediante ecografía, se debe informar a la paciente de manera clara, empática y respetuosa. Posteriormente, se planifica la inducción del parto según edad gestacional, condición cervical y estado materno general. La vía vaginal es preferida, ya que la cesárea no ofrece ventajas clínicas salvo en casos con indicaciones obstétricas específicas, como placenta previa (32,33).

En el abordaje farmacológico del IUFD, se recomienda la administración de misoprostol, un análogo de prostaglandina E1. Para gestaciones mayores de 24 semanas, se sugiere usar 25 a 100 microgramos por vía vaginal cada 4 a 6 horas, dependiendo de la paridad y condiciones cervicales. En casos en los que el cuello uterino esté cerrado, puede utilizarse mifepristona previa a la inducción con misoprostol para aumentar la eficacia del tratamiento(34,35).

Cuando la gestación es menor de 20 semanas y el cuadro clínico lo permite, la aspiración manual endouterina (AMEU) se presenta como una opción eficaz y segura para la evacuación uterina. Este procedimiento debe ser realizado por personal entrenado, minimizando riesgos como perforación uterina o infección. Las normas técnicas peruanas destacan que debe evitarse el legrado uterino salvo indicación estricta, priorizando métodos menos invasivos (32,35).

Finalmente, el manejo del óbito fetal debe contemplar el componente psicoemocional. Se debe ofrecer a la paciente la posibilidad de ver o cargar al recién nacido fallecido, conservar recuerdos si así lo desea, y participar en decisiones relacionadas con estudios patológicos(33). El acompañamiento psicológico es esencial para prevenir trastornos del duelo, depresión o estrés postraumático(35). Las guías clínicas sugieren, además, el seguimiento postparto y la consejería en salud sexual y reproductiva como parte de un enfoque centrado en la dignidad, los derechos y el bienestar integral de la mujer.

### **PREVENCIÓN**

La prevención del óbito fetal implica un abordaje integral que combina atención prenatal oportuna, identificación de factores de riesgo y vigilancia fetal continua(36). Un pilar fundamental es el control prenatal temprano y regular, donde se realizan tamizajes para hipertensión, diabetes, infecciones y malformaciones(37,38). Asimismo, el seguimiento con ecografías, pruebas de bienestar fetal y monitoreo del crecimiento intrauterino mejora sustancialmente el pronóstico, especialmente en gestantes con antecedentes de muerte fetal previa(39).

Otras estrategias incluyen la educación a la madre sobre la importancia de percibir movimientos fetales, así como evitar hábitos nocivos como el consumo de tabaco o alcohol. En gestaciones de alto riesgo, como las múltiples, se recomienda aumentar la frecuencia de controles y considerar la hospitalización si se detectan signos de descompensación(40).

## **CAPÍTULO II**

### **CASO CLÍNICO**

#### **2.1 OBJETIVOS**

##### **OBJETIVO GENERAL**

Explicar cómo es el manejo clínico y terapéutico en una gestante que ha sido atendida por presentar un embarazo gemelar donde uno de ellos es óbito fetal durante el periodo expulsivo en un hospital de Lima, el año 2025

##### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar en el caso presentado los principales factores de riesgo relacionados con la aparición de parto de embarazo gemelar con feto vivo y óbito fetal.
- Determinar en el caso clínico presentado cuáles son las principales complicaciones maternas que pueden producirse como consecuencia de un óbito fetal atendido en periodo expulsivo.
- Identificar las características del manejo terapéutico empleado por el

personal de salud para el caso de una gestante con embarazo gemelar con feto vivo y óbito fetal atendido en periodo expulsivo.

- Describir la evolución de una gestante con embarazo gemelar uno feto vivo y otro óbito fetal atendido en periodo expulsivo desde que hizo su ingreso al establecimiento de salud hasta la fecha en que se dio de alta.

## **2.2 SUCESOS RELEVANTES**

Edad : 31

Paridad : G4 P1021

FUR : Desconocida

FPP : Desconocida

Procedencia : Lomas de Zapallal

Estado Civil : Conviviente

Grado de instrucción : Secundaria terminada

### **Motivo de consulta**

Paciente acude por emergencia refiriendo contracciones uterinas, refiere percibir movimientos fetales, niega sangrado vaginal y pérdida de líquido amniótico.

### **Antecedentes personales patológicos**

Carentes de contribución con el problema.

### **Antecedentes familiares relevantes**

Carentes de contribución con el problema.

### **Antecedentes Ginecoobstétricos**

Número de controles prenatales: Ninguno

Ganancia de peso: 14 kg.                      Peso inicial: 58 kg.                      Peso final: 72 kg.

Menarquia:                      11 años

Régimen catamenial: 1/30 días

Último MAC: Ampolla mensual

IRS: 18 años

FRS: No refiere

Número de parejas sexuales: 04

N°	AÑO	CPN	EG	TIPO DE PARTO	SEXO	PESO	APGAR	COMPLICACIONES	INSTITUCIÓN
1	2014	-	-	aborto					
2	2020	-	-	aborto					
3	2022	-	-	vaginal	masculino	3920			C.S Ventanilla
4	2025	Actual							

## DESARROLLO DEL CASO CLINICO

**17-04-2025**

### **Servicio de emergencia**

**12:30 hrs.**

CFV: PA: 130/80 mmHg    P: 88 X'                      R: 17 x'                      T° : 37°

Paciente acude por emergencia refiriendo contracciones uterinas, refiere percibir movimientos fetales, niega sangrado vaginal y pérdida de líquido amniótico

DU: 5-10 ++ 40"      TV: I=100%    D=10 cm. AP=C+2    M=Integras

### **Diagnóstico:**

1. Gestante a término por altura uterina
2. No control prenatal
3. Trabajo de parto periodo expulsivo

### **Plan**

1. Pasa a sala de partos
2. Atención de parto

## **SALA DE PARTOS**

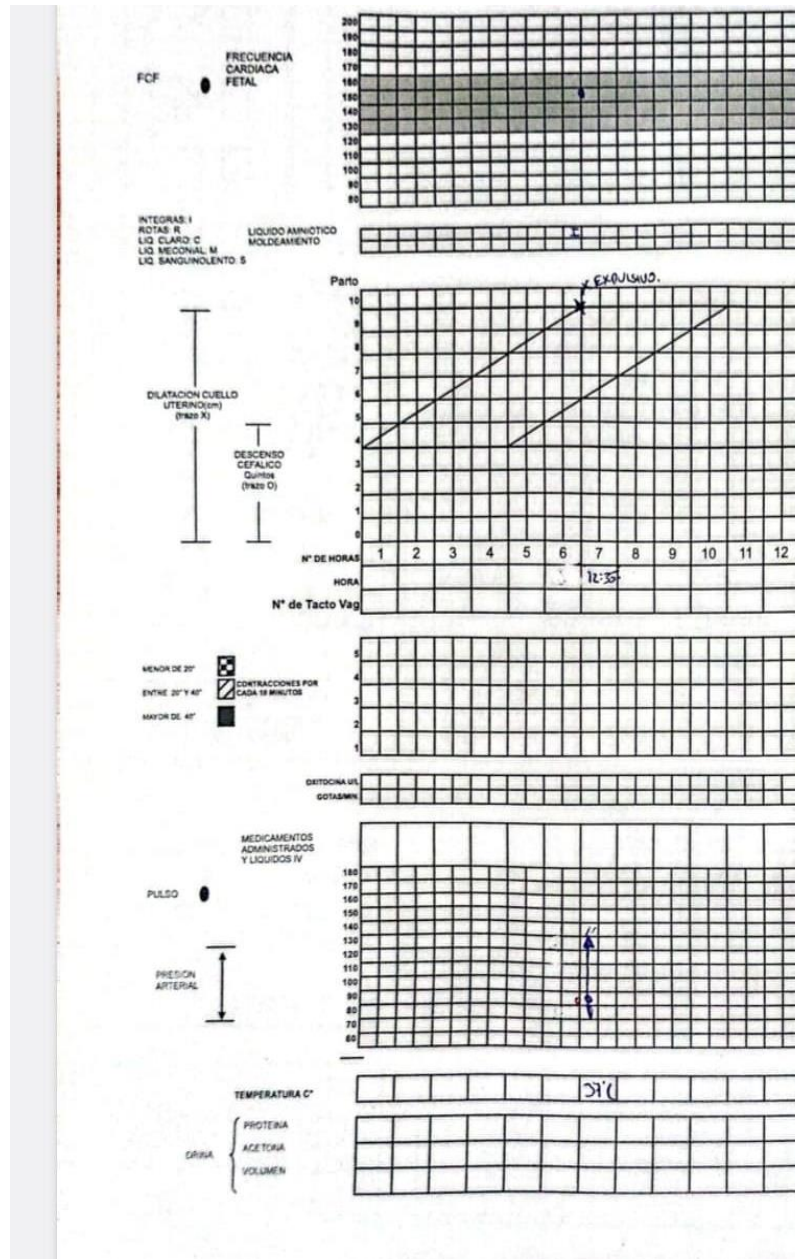
**12:35 hrs.**

Gestante es recibida en sala de partos en periodo expulsivo, se evidencia LCF: 148x', paciente mal informante, sin controles prenatales, actualmente paciente sin historia clínica.

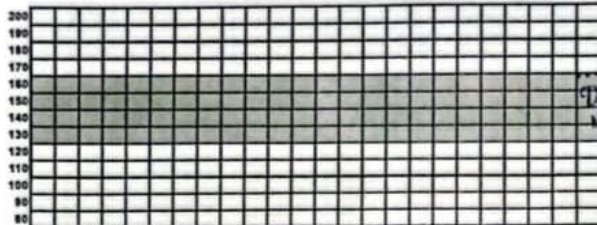
Se procede atención de parto de recién nacido femenino con peso de 2670 grs., talla de 46.5 cm.; PC: 34 cm.; PT: 31 cm., apgar 8' 9'; capurro: 40 ss.; líquido amniótico claro, adecuado, sin mal olor. No se realiza alumbramiento dirigido puesto que paciente menciona que doctor "particular" le dijo que tenía dos bebés.

12:40 hrs.

Paciente refiere sensación de pujo y; se realiza tacto vaginal y se palpa cabeza fetal produciéndose un segundo parto de un óbito fetal desfacelado y malformaciones en cráneo con líquido meconial verde espeso y de mal olor. Se pinza y se lleva a óbito a otra sala; peso: 1485 grs; talla: 43 cm., PC: 29 cm.; PT: 26 cm.; Apgar: 0.

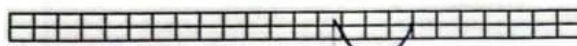


FCF ● FRECUENCIA CARDIACA FETAL



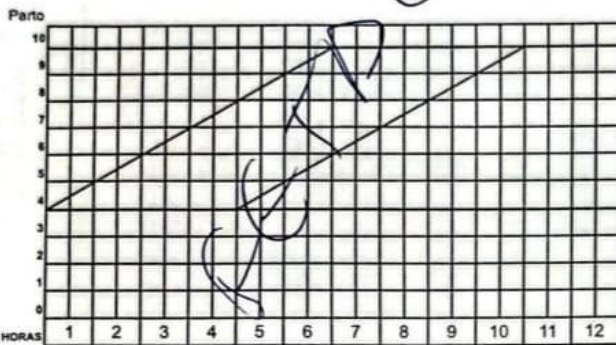
INTEGRAS I  
ROTAS R  
LIQ. CLARO C  
LIQ. MECONIAL M  
LIQ. SANGUINOLENTO S

LIQUIDO AMNIOTICO  
MOLDEAMIENTO



DILATACION CUELLO UTERINO (cm) (trazo X)

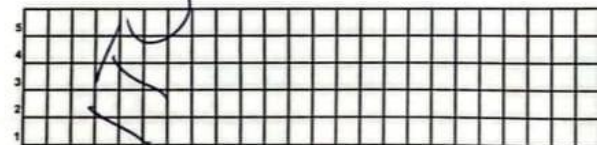
DESCENSO CEFALICO Quintos (trazo O)



MENOR DE 20'  CONTRACCIONES POR CADA 18 MINUTOS

ENTRE 20' Y 40'

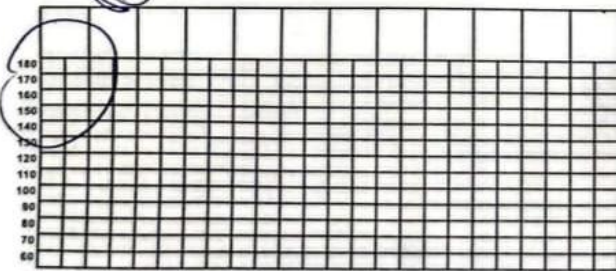
MAYOR DE 40'



OXITOCINA UL. GOTAS/MIN.

MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS Y LIQUIDOS IV

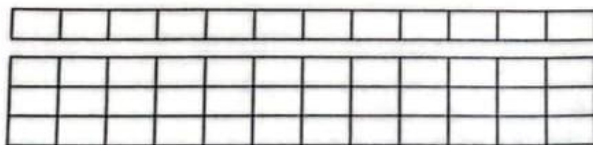
PULSO ●



PRESION ARTERIAL

TEMPERATURA C°

ORINA { PROTEINA  
ACETONA  
VOLUMEN



**12.45 hrs.**

Se administra misoprostol 800 ug en fondo de saco rectal por indicación médica.

**12:50 hrs.**

Se administra ergometrina 0.2 mg. IM por indicación médica. Se encuentra gestante con NaCl 9% + 30 UI oxitocina.

Se realiza extracción manual de placenta, encontrándose una placenta incompleta monocoriónica y biamniótica.

Se realiza revisión de cavidad puerperal, con indicación que la placenta vaya a anatomía patológica.

**13:45 hrs.**

CFV: PA: 110/60 mmHg P: 85 X' R: 19 x' T°: 37°

Paciente puérpera de parto vaginal de  $\pm$  1 hora es evaluada con CFV estables. Mamas blandas y secretantes, útero contraído a nivel de CU, loquios hemáticos, escasos y sin mal olor.

Paciente continua con NaCl 9% + 30 UI oxitocina; en alojamiento continuo con su recién nacido.

Se toman exámenes de laboratorio.

**14:45 hrs.**

CFV: PA: 110/60 mmHg P: 89 X' R: 19 x' T°: 37.5°

Útero contraído debajo de CU, loquios hemáticos, escasos y sin mal olor.

**15:00hrs.**

CFV: PA: 110/60 mmHg P: 83 X' R: 18 x' T°: 37.2°

Paciente refiere dolor perineal, escaso sangrado vaginal, niega nausea y vómitos.

**Al examen físico:**

Piel tibia, elástica e hidratada

Tórax y pulmones: Murmullos vesiculares pasan bien en ambos campos pulmonares

Mamas blandas, no dolorosas, secretantes de calostro

Abdomen blando, depresible, RHA +, útero contraído por debajo de la cicatriz umbilical.

Genitales externos con loquios escasos, hemáticos, sin mal olor.

Tacto vaginal: Cérvix blando, centralizado, orificios entreabiertos, útero de  $\pm$  15 cm.

Paciente de 31 años con diagnóstico:

1. Puérpera inmediata de 2 horas
2. Parto doble espontáneo
3. Óbito fetal

**Plan:**

1. DC +LAV
2. NaCl 9/1000 + 30 UI oxitocina
3. Paracetamol 1hr. VO condicional a dolor
4. Sulfato ferroso 300 mg. VO cada 24 hrs.
5. Masaje uterino externo
6. LME
7. Alojamiento conjunto
8. Clindamicina 900 mg. EV cada 8 horas
9. CSV+CFV

**17:45 hrs.**

Se le administra 900 mg. clindamicina EV, hay demora para la realización de la HC.

Se hace el CNV del feto 1 y MAG hace certificado de defunción fetal.

**18:00 hrs.**

Paciente pasa a hospitalización

Llegan resultados de exámenes de laboratorio

Tiempo de coagulación: 7min

Tiempo de sangría :3 min

HIV: NO REACTIVO

Grupo y factor: O positivo

RPR: No reactivo

Hemograma:

Leucocitos: 11300 mm<sup>3</sup>

Abastados: 0%

Segmentados: 85.4%

Hemoglobina: 12. gr/dL

Hematocrito: 37.4 %

Plaquetas: 292 000

Glucosa: 103.5 mg/dL

PCR: 0.03 mg/Dl

Examen de orina: Normal

**HOSPITALIZACIÓN**

CFV: PA: 110/70 mmHg P: 98 X' R: 20 x' T°: 37. 8°

Puérpera inmediata ingresa a hospitalización refiere dolor en zona perineal por lo cual toma paracetamol 1gr. VO, con diagnósticos conocidos, se agrega el diagnóstico de revisión en cavidad uterina por alumbramiento incompleto.

Se realiza control obstétrico, consejería en PPF y LME. Consejería integral.

**18/04/2025**

**8:00 hrs.**

CFV: PA: 100/50 mmHg P: 70 X' R: 18 x' T°: 37. 4°

Se encuentra paciente afebril, con vía periférica permeable con tratamiento antibiótico no refiere molestias.

Hb. Post parto: 10.4 gr/Dl.

Al examen físico:

Piel tibia, elástica e hidratada

Torax y pulmones: Murmullos vesiculares pasan bien en ambos campos pulmonares

Mamas blandas, no dolorosas, secretantes de calostro

Abdomen blando, depresible, RHA +, útero contraído por debajo de la cicatriz umbilical.

Genitales externos con loquios escasos, hemáticos, sin mal olor.

Tacto vaginal: Cérvix blando, centralizado, orificios entreabiertos, útero de  $\pm$  15 cm.

Paciente de 31 años con diagnóstico:

1. Puérpera mediata de 1 día
2. Parto doble espontáneo

3. Óbito fetal
4. Anemia leve

**Plan:**

1. Alta con indicaciones
2. Clindamicina 900 mg. EV cada 8 horas (ultima dosis)
3. Clindamicina 300 mg. VO c/ 8 horas por 7 días
4. Paracetamol 1hr. VO condicional a dolor x tres días
5. Sulfato ferroso 300 mg. VO cada 24 hrs. X 30 días
6. LME
7. Aseo diario
8. O y C por PPF
9. Se explica signos de alarma
10. Control en consultorio externo en 5 días
11. Cefuroxima 500 mg. VO c/12 hrs. Por 05 días.

### 2.3 DISCUSIÓN

- Los factores de riesgo relacionados con la aparición de un óbito fetal en un embarazo gemelar para nuestro caso clínico están relacionados con lo que Rodríguez et al. (México, 2024) señala, en la cual el embarazo gemelar monocorial biamniótico constituye un riesgo elevado de óbito fetal, especialmente en ausencia de monitoreo intensivo como era nuestra gestante sin ningún control prenatal y gestación gemelar no diagnosticada. Asimismo, Rivera (Colombia, 2024) también al igual que nuestro caso identificamos la multiparidad, el bajo nivel educativo y la falta de controles prenatales como factores epidemiológicos y clínicos predominantes en gestantes con óbito fetal. Estos factores se reflejan en el caso clínico, donde la paciente era multigesta y sin controles, alineándose con los hallazgos de Rivera sobre la vulnerabilidad de este grupo. Al igual que Pantigoso et al. (Lima, 2024) coincidimos que la multiparidad, los antecedentes de aborto, el sobrepeso, las infecciones urinarias y las malformaciones congénitas son frecuentes en los casos de óbito fetal. El caso presentado coincide en la multigestación y las malformaciones fetales, reforzando la evidencia de Pantigoso et al. sobre la importancia de estos factores en el contexto peruano y también Villagaray (Ica, 2024) quien destaca la multiparidad y los antecedentes de aborto como factores diferenciadores en gestantes añosas con óbito fetal, lo que también se observa en la paciente del caso clínico, quien era multigesta.
- Las principales complicaciones maternas potenciales tras un óbito fetal en periodo expulsivo se evitó en nuestro caso clínico ya que la respuesta fue inmediata con un manejo adecuado del parto y la vigilancia en el puerperio

inmediato pudo prevenir complicaciones maternas graves, como infecciones o hemorragias, así como la administración de antibióticos profilácticos y la vigilancia estrecha se alinean con las recomendaciones de Nieto et (2024) , quienes reportaron una evolución materna favorable en situaciones similares. De la misma forma Rodríguez et al. (México, 2024) subraya la importancia del monitoreo materno tras el óbito fetal, ya que la retención prolongada del feto puede desencadenar complicaciones como infección o coagulación intravascular diseminada (CID). Aunque en nuestro caso clínico no se presentó CID. Pantigoso et al. (Lima, 2024) señalan que la infección puerperal y la hemorragia son complicaciones frecuentes en estos casos, lo que justifica la intervención rápida y el uso de antibióticos, tal como se realizó en el caso clínico.

- El manejo terapéutico empleado en nuestro caso clínico se alinea a Nieto et al. (España, 2024) quién recomiendan la inducción farmacológica del parto, en caso de que no haya iniciado el trabajo de parto, y la vigilancia estrecha en el puerperio tras un óbito fetal. En nuestro caso clínico sigue este enfoque en cuanto a la atención inmediata del parto y la administración de antibióticos, garantizando así la seguridad materna. Rodríguez et al. (México, 2024) también resalta la importancia de la intervención oportuna y el monitoreo intensivo en embarazos de alto riesgo. Aunque en el caso presentado el diagnóstico de embarazo gemelar fue intraparto, la rápida reacción del equipo de salud permitió un manejo adecuado y la prevención de complicaciones maternas graves, en línea con las recomendaciones de este autor. Pantigoso et al. (Lima, 2024): Indican que el manejo debe incluir la identificación de factores de

riesgo, la prevención de infecciones y el seguimiento estrecho, medidas todas aplicadas en el caso clínico.

- La evolución de la gestante desde el ingreso hasta el alta fue favorable por la atención inmediata del personal como lo menciona Vega (Perú, 2023) quienes reportaron la evolución favorable de la madre tras el parto de un óbito fetal con malformaciones congénitas, con alta médica precoz y sin complicaciones, lo que coincide con la evolución observada en el caso clínico presentado. Nieto et al. (España, 2024) y Rodríguez et al. (México, 2024): Ambos autores documentan casos en los que la evolución materna fue favorable gracias a la atención oportuna y el seguimiento adecuado, aspectos que también se evidencian en la paciente del caso, quien fue dada de alta a los dos días con indicaciones y sin complicaciones.
- Es así como la discusión del caso clínico se fundamenta en los aportes de Rodríguez et al., Rivera, Nieto et al., Pantigoso et al., Villagaray y Vega, quienes, desde distintos contextos geográficos y metodológicos, coinciden en que la ausencia de control prenatal, la multigestación, la multiparidad y las malformaciones fetales son factores determinantes en la aparición de óbito fetal. Asimismo, enfatizan la importancia del manejo terapéutico oportuno, la prevención de complicaciones maternas y la vigilancia en el puerperio inmediato para garantizar una evolución materna favorable. Los hallazgos y recomendaciones de estos autores respaldan las acciones y resultados observados en el caso clínico, reforzando la necesidad de fortalecer la atención prenatal y la capacitación del personal de salud en la atención de emergencias obstétricas.

## 2.4 CONCLUSIONES

- En el caso clínico analizado, los principales factores de riesgo identificados para la aparición de un óbito fetal fueron la ausencia de control prenatal y el embarazo gemelar no diagnosticado. La falta de seguimiento obstétrico impidió la identificación temprana de complicaciones, como malformaciones fetales y alteraciones del bienestar fetal, lo que incrementó el riesgo de mortalidad intrauterina. Además, la multiparidad de la paciente y la falta de antecedentes clínicos documentados contribuyeron a la complejidad del caso y a la omisión de intervenciones preventivas oportunas.
- El óbito fetal en periodo expulsivo expone a la madre a complicaciones maternas potencialmente graves, como infecciones puerperales, hemorragias posparto y, en casos prolongados, coagulación intravascular diseminada. En el caso presentado, la presencia de líquido meconial de mal olor y la retención del feto fallecido incrementaron el riesgo de infección, lo que justificó la administración de antibióticos profilácticos. La vigilancia estrecha durante el puerperio fue fundamental para prevenir desenlaces adversos maternos.
- El manejo terapéutico se caracterizó por la atención inmediata en sala de partos, la identificación intraparto del embarazo gemelar y la interrupción del alumbramiento dirigido ante la sospecha de un segundo feto. Se priorizó la seguridad materna mediante la administración de antibióticos profilácticos, la vigilancia clínica intensiva y la prevención de complicaciones hemorrágicas. El personal de salud actuó de manera resolutiva, adaptando la conducta a los hallazgos clínicos y priorizando el bienestar materno.
- La evolución de la paciente fue favorable: ingresó en periodo expulsivo, se

atendió el parto de ambos gemelos —uno vivo y uno fallecido—, y recibió manejo profiláctico y vigilancia estricta en el puerperio inmediato. No se presentaron complicaciones infecciosas ni hemorrágicas, permitiendo su alta médica a los dos días con indicaciones para seguimiento ambulatorio y tratamiento antibiótico. Este desenlace evidencia la importancia de la atención oportuna y el manejo protocolizado en la reducción de riesgos maternos tras un óbito fetal.

## 2.5 RECOMENDACIONES

- Realizar una captación temprana y exhaustiva de todas las gestantes, priorizando la identificación de embarazos múltiples y antecedentes de riesgo como la multiparidad y la ausencia de controles prenatales para implementar estrategias de sensibilización comunitaria y educación sanitaria para promover el control prenatal regular, especialmente en poblaciones vulnerables y de difícil acceso.
- Fortalecer la vigilancia obstétrica mediante tamizajes sistemáticos para malformaciones fetales, patologías maternas y condiciones socioeconómicas desfavorables, a fin de intervenir oportunamente ante factores modificables.
- Mantener una vigilancia clínica estricta durante el trabajo de parto y el puerperio inmediato para detectar precozmente signos de infección, hemorragia o alteraciones de la coagulación con la administración profiláctica antibiótica en casos de óbito fetal con sospecha de infección intrauterina, presencia de líquido meconial fétido o retención prolongada del feto, siguiendo protocolos institucionales actualizados.
- Brindar soporte emocional y acompañamiento psicológico a la paciente y su familia, reconociendo el impacto psicosocial del evento y facilitando el acceso a servicios de salud mental.
- Priorizar la atención inmediata y resolutiva en sala de partos, adaptando la conducta clínica ante hallazgos inesperados como el diagnóstico intraparto de embarazo gemelar.
- Suspender el alumbramiento dirigido ante la sospecha de un segundo feto y proceder a la atención secuencial de ambos productos, garantizando la

seguridad materna en todo momento con la documentación minuciosa de cada intervención, comunicando de manera clara y empática el diagnóstico y las acciones a la paciente y su entorno familiar.

- Prolongar la observación hospitalaria al menos 48 horas tras el parto donde hubo un óbito fetal, monitorizando parámetros vitales, signos de infección y sangrado, y asegurando el cumplimiento del tratamiento antibiótico cuando esté indicado proporcionando instrucciones claras para el seguimiento ambulatorio, incluyendo signos de alarma, controles postnatales y continuidad del soporte psicológico.
- Promover la revisión y análisis de cada caso de óbito fetal en los comités de mortalidad perinatal, con el fin de identificar oportunidades de mejora en la atención obstétrica y fortalecer la cultura de seguridad y aprendizaje institucional y estas estas recomendaciones buscan fortalecer la práctica clínica de los obstetras peruanos, promoviendo una atención integral, basada en la evidencia y centrada en la paciente, para reducir la incidencia y el impacto del óbito fetal en el país.

## BIBLIOGRAFÍA

1. UNICEF. Lo que debes saber sobre las muertes fetales [Internet]. 2023 [citado 2 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.unicef.org/es/historias/lo-que-debes-saber-sobre-las-muertes-fetales>
2. Organización Mundial de la Salud. Temas de salud de la OMS. 2021 [citado 2 de junio de 2025]. Muerte prenatal. Disponible en: <https://www.who.int/es/health-topics/stillbirth>
3. Casanova R, Goepfert A, Hueppchan N, Weiss P, Connolly AM. Beckmann y Ling. Obstetricia y ginecología [Internet]. 8va ed. Filadelfia: Lippincott Williams and Wilkins; 2019 [citado 2 de junio de 2025]. Disponible en: <https://shop.lww.com/Beckmann-y-Ling--Obstetricia-y-ginecologia/p/9788419663634?srsltid=AfmBOop1Nqv6EsjCJ4wilhs2tVHakdzfZJiY6BtwjDv2g3X-Y4uxsFQT>
4. Organización Mundial de la Salud. Indicator Metadata Registry Details. 2019 [citado 2 de junio de 2025]. Tasa de mortinatos. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/2444>
5. Organización Mundial de la Salud. Temas de salud de la OMS. 2020 [citado 2 de junio de 2025]. Cada 16 segundos se produce una muerte fetal, según las primeras estimaciones conjuntas de las Naciones Unidas. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/08-10-2020-one-stillbirth-occurs-every-16-seconds-according-to-first-ever-joint-un-estimates>
6. Instituto Nacional Materno Perinatal. Epidemiología INMP. 2025 [citado 2 de junio de 2025]. Boletín Epidemiológico 2023. Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/institucional/boletin-epidemiologico/1421335605>
7. Ministerio de Salud. Muerte fetal y neonatal acumulado, Perú 2012 al 2023 y 2024 [Internet]. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades; 2024 [citado 2 de junio de 2025]; Lima. Disponible en: [https://www.google.com/search?q=Muerte+fetal+y+neonatal+acumulado%2C+Per%C3%BA+2012+al+2023+y+2024.+2024&rlz=1C1VDKB\\_esPE994PE994&oq=Muerte+fetal+y+neonatal+acumulado%2C+Per%C3%BA+2012+al+2023+y+2024.+2024&gs\\_lcrp=EgZjaHJvbWUyBggAEEUYOdIBBzI4M2owajSoAgawAgHxBVb6wZGP2FDE8QVW-sGRj9hQxA&sourceid=chrome&ie=UTF-8](https://www.google.com/search?q=Muerte+fetal+y+neonatal+acumulado%2C+Per%C3%BA+2012+al+2023+y+2024.+2024&rlz=1C1VDKB_esPE994PE994&oq=Muerte+fetal+y+neonatal+acumulado%2C+Per%C3%BA+2012+al+2023+y+2024.+2024&gs_lcrp=EgZjaHJvbWUyBggAEEUYOdIBBzI4M2owajSoAgawAgHxBVb6wZGP2FDE8QVW-sGRj9hQxA&sourceid=chrome&ie=UTF-8)
8. Rodríguez JC, López GEC, Olascoaga AKR, Ruíz SIP, Bravo LCM, Macedo JG. Resultados obstétricos y perinatales tras la muerte fetal de un solo gemelo en un embarazo monocorial biamniótico: reporte de caso y revisión bibliográfica. *Rev Fed Centroam Soc Ginecol Obstet.* 24 de abril de 2024;28(1):12-26.
9. Rivera Martínez NY. Características epidemiológicas y clínicas de las gestantes con diagnóstico de óbito fetal de la clínica maternidad Rafael Calvo [Internet]

- [Tesis de especialidad]. [Caratagena de Indias]: Universidad del SINU Seccional de Cartagena; 2024 [citado 3 de junio de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.unisinucartagena.edu.co:8080/xmlui/handle/123456789/1373>
10. Cerón Y, Gómez K, Criollo CAG, Moreno L. Muerte fetal única en la gestación múltiple: un reporte de caso. *Rev Colomb Salud Libre*. 2021;16(2):e607430.
  11. Villagaray Palomino SR. Determinantes asociados a presencia de óbito fetal en gestantes adolescentes y añosas del Hospital Santa María del Socorro, periodo 2020 - 2021 [Internet] [Tesis de pregrado]. [Ica]: Universidad Nacional San Luis Gonzaga; 2024 [citado 3 de junio de 2025]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.13028/4933>
  12. Pantigoso-Gutierrez DF, Oscátegui-Peña ME, Chafloque Chavesta JJ, Barja-Ore J. Características de los casos de óbito fetal en un hospital público de Perú: estudio descriptivo. *Rev Obstet Ginecol Venezuela*. 2024;84(01):42-8.
  13. Vega Acosta BA. Gestante con diagnóstico de óbito fetal [Internet] [Tesis de especialidad]. [Moquegua]: Universidad José Carlos Mariátegui; 2023 [citado 3 de junio de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.ujcm.edu.pe/handle/20.500.12819/2052>
  14. Ovalle A, Fuentes A, Chacón V, Espinoza C, González R, Ramos M, et al. Método de clasificación de mortinatos según condición obstétrica relevante de la muerte fetal, en un hospital público de Chile (Método CORM). *Rev Médica Chile*. agosto de 2016;144(8):1020-8.
  15. Gregory ECW, Valenzuela CP, Martin JA. Fetal mortality in the United States : trends from 2014 through 2019 and changes between 2018–2019 and 2019–2020. *Vital Stat Rapid Release* [Internet]. 2022 [citado 2 de junio de 2025];Report 18. Disponible en: <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/113008>
  16. Gutman A, Harty T, O'Donoghue K, Greene R, Leitao S. Perinatal mortality audits and reporting of perinatal deaths: systematic review of outcomes and barriers. *J Perinat Med*. 26 de julio de 2022;50(6):684-712.
  17. Van Goor A, Pasternak A, Walker KE, Chick S, Harding JCS, Lunney JK. Altered structural and transporter-related gene expression patterns in the placenta play a role in fetal demise during Porcine reproductive and respiratory syndrome virus infection. *BMC Genomics*. 21 de marzo de 2025;26(1):279.
  18. Cruz Lemini M, Dueñas OF. Manejo de la muerte fetal intrauterina. En: *Manual de obstetricia y procedimientos medicoquirúrgicos* [Internet]. Estados Unidos: McGraw Hill Medical; 2016 [citado 2 de junio de 2025]. Disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?sectionid=121619961&bookid=1756>

19. Van Mieghem T, Abbasi N, Shinar S, Keunen J, Seaward G, Windrim R, et al. Monochorionic monoamniotic twin pregnancies. *Am J Obstet Gynecol MFM*. marzo de 2022;4(2S):100520.
20. Stefanescu BI, Adam AM, Constantin GB, Trus C. Single Fetal Demise in Twin Pregnancy-A Great Concern but Still a Favorable Outcome. *Dis Basel Switz*. 29 de abril de 2021;9(2):33.
21. Attali E, Yogev Y. The impact of advanced maternal age on pregnancy outcome. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. enero de 2021;70:2-9.
22. Pacora P, Romero R, Jung E, Gudicha DW, Hernandez-Andrade E, Musilova I, et al. Reduced fetal growth velocity precedes antepartum fetal death. *Ultrasound Obstet Gynecol Off J Int Soc Ultrasound Obstet Gynecol*. junio de 2021;57(6):942-52.
23. Jain V. Antepartum Fetal Demise: Toward Diagnostic and Therapeutic Efficacy of Management. *J Obstet Gynaecol Can JOGC J Obstet Gynecol Can JOGC*. mayo de 2025;47(5):102799.
24. Graf WD, Cohen BH, Kalsner L, Pearl PL, Sarnat HB, Epstein LG, et al. Fetal anomaly diagnosis and termination of pregnancy. *Dev Med Child Neurol*. julio de 2023;65(7):900-7.
25. Bond M, Buckley D. Drugs and alcohol in pregnancy: what a paediatrician needs to know, how to ask and why it matters. *Paediatr Child Health*. 1 de noviembre de 2024;34(11):430-5.
26. Sandoval A, Winston D. A Survey of Fetal Deaths as Reported to a Medical Examiner's Office. *Am J Forensic Med Pathol*. 1 de junio de 2022;43(2):153-6.
27. Aguinaga M, Valdespino Y, Medina D, Espino Y Sosa S, Sevilla R, Miranda O, et al. Causal analysis of fetal death in high-risk pregnancies. *J Perinat Med*. 27 de julio de 2021;49(6):740-7.
28. Das RN, Mandal B, Das M, Sil K, Mukherjee S, Chatterjee U. Perinatal and Fetal Autopsies in Neuropathology: How I do it. *Indian J Pathol Microbiol*. mayo de 2022;65(Supplement):S207-17.
29. Shattnawi KK, Khader YS, Alyahya MS, Al-Sheyab N, Batieha A. Rate, determinants, and causes of stillbirth in Jordan: Findings from the Jordan Stillbirth and Neonatal Deaths Surveillance (JSANDS) system. *BMC Pregnancy Childbirth*. 29 de septiembre de 2020;20(1):571.
30. Stokes SC, Rubalcava NS, Theodorou CM, Bhatia MB, Gray BW, Saadai P, et al. Recognition and management of traumatic fetal injuries. *Injury*. abril de 2022;53(4):1329-44.
31. Smith R, Dedman L, Sultana Z, Banney D, Maiti K. Insights into fetal

- death-a patient resource. *Am J Obstet Gynecol.* junio de 2022;226(6):761-3.
32. Ministerio de Salud. Guía Técnica: Guías de práctica clínica para la atención de las Emergencias Obstétricas según nivel de capacidad resolucitiva [Internet]. Lima: Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva MINSA; 2007. Disponible en: [https://bvs.minsa.gob.pe/local/imp/852\\_imp198.pdf](https://bvs.minsa.gob.pe/local/imp/852_imp198.pdf)
  33. Burden C, Merriel A, Bakhbaki D, Heazell A, Siassakos D, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Care of late intrauterine fetal death and stillbirth: Green-top Guideline No. 55. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* enero de 2025;132(1):e1-41.
  34. Organización Mundial de la Salud. Muerte fetal intrauterina (MUI): Recomendaciones 32-33 - Guía de atención del aborto [Internet]. 2021 [citado 3 de junio de 2025]. Disponible en: <https://srhr.org/abortioncare/chapter-3/abortion-3-4/intrauterine-fetal-demise-iufd-recommendations-32-33/>
  35. Ministerio de Salud. Guías técnicas para la atención, diagnóstico y tratamientos de 10 condiciones obstétricas. Lima: Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva MINSA; 2010. 74 p.
  36. Ezadi Z, Sadat Hofiani SM, Christou A. Using routine data to examine factors associated with stillbirth in three tertiary maternity facilities in Kabul, Afghanistan. *Reprod Health.* 3 de enero de 2025;22(1):1.
  37. Riches NO, Workalemahu T, Johnson EP, Lopez S, Blue N, Page J, et al. Factors Contributing to Uptake of Stillbirth Evaluations: A Qualitative Analysis. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* abril de 2025;132(5):606-13.
  38. Browne K, Park BY, Goetzinger KR, Caughey AB, Yao R. The joint effects of obesity and pregestational diabetes on the risk of stillbirth. *J Matern-Fetal Neonatal Med Off J Eur Assoc Perinat Med Fed Asia Ocean Perinat Soc Int Soc Perinat Obstet.* febrero de 2021;34(3):332-8.
  39. Andrés Pons G, Eduardo Sepúlveda S, Juan Luis Leiva B, Gustavo Rencoret P. Muerte fetal. *Rev Médica Clínica Las Condes.* 1 de noviembre de 2014;25(6):908-16.
  40. American Pregnancy Association. Stillbirth: Trying To Understand [Internet]. 2019 [citado 2 de junio de 2025]. Disponible en: <https://americanpregnancy.org/getting-pregnant/pregnancy-loss/stillborn-trying-to-understand/>