

**CONCEPTO MÉDICO DE ATENCIÓN PRESTADA A LAS SEÑORA BERTHA  
JULIETH MOSQUERA LEAL**

En el análisis de caso de primigestante de 26 años, con gestación a término, quien consulta el 22 de Octubre del 2016 por incremento de edema en miembros inferiores, con movimientos fetales activos, sin dolor ni sangrado o amniorrea ni premonitorios; con reporte de cinco días atrás de perfil toxémico negativo y ecografía con feto bien posicionado, peso fetal de 3.015 gr, placenta y líquido amniótico normales para la edad gestacional. Ingresa normotensa, sin actividad uterina, cérvix uterino cerrado y edema de miembros inferiores. Se realiza monitoreo fetal reportado como categoría I sin actividad uterina. Por sospecha de trastorno hipertensivo se repite perfil toxémico que es negativo, sin embargo se identificó una infección de vías urinarias. Se inicia manejo antibiótico y maduración cervical por Bishop desfavorable y pelvis ginecoide con dosis única de misoprostol 25 mcg intravaginal de acuerdo a protocolos, con vigilancia materno fetal continua, desencadenando actividad uterina, sin alteración de cifras tensionales ni frecuencia cardíaca fetal, hasta 23 horas después que hace un episodio de taquicardia fetal que cede con oxígeno por cánula y decúbito lateral. Se realiza monitoreo fetal reportado como categoría I sin actividad uterina. El ginecólogo que recibe turno decide pasar a cesárea y a las 09:15 se obtiene recién nacido sexo masculino con peso 3730 gr y talla 51 cm, con peso y talla adecuados para la edad gestacional, sin meconio, APGAR 8/10, buena vitalidad llanto fuerte sin dificultad respiratoria, con adaptación neonatal por pediatría. Tan solo 2 horas después y de manera progresiva se evidencia dificultad respiratoria con tirajes intercostales, polipnea, sin cianosis, saturación de oxígeno 94%, ruidos cardíacos rítmicos sin soplos, considerando sospecha diagnóstica de taquipnea transitoria del recién nacido VS aspiración de líquido amniótico claro. Se ordena nada vía oral, oxígeno, incubadora, líquido endovenosos y glucometrías. Con este manejo se esperaba la disminución de la dificultad respiratoria, lo cual no sucedió y ante la no mejoría y el empeoramiento del cuadro respiratorio, se decide remitir nivel III para estudio y manejo. A las 14:16 se comenta con Sanidad Policía, UMIT, Diacorsa, Dumian, Clínica Tolima, Hospital Federico Lleras Acosta, sin encontrar disponibilidad de camas o contrato. A las 21:39 fue aceptado en Diacorsa Ibagué y a las 23:41 sale en ambulancia de la empresa Promover.

En resumen, mujer gestante con embarazo a término (entre 37 y 41 semanas) y pelvis ginecoide (apta para parto vía vaginal) descartando macrosomía fetal (macrosomía: peso superior a 4000 gr), y Bishop desfavorable (puntuación no apta para inducción de trabajo de parto), requiere maduración cervical con dosis bajas de misoprostol (mayor posibilidad de lograr un parto vaginal). La taquicardia fetal aislada es un pobre predictor de hipoxia fetal, requiere intervención, que como en este caso cedió con las maniobras y se observa un monitoreo fetal posterior categoría I (normal).

#### Conclusiones:

1. Es evidente que la paciente en mención asistió a control de embarazo de manera regular y acorde a normatividad vigente para control prenatal en el 2016, y fue manejada de manera adecuada.
2. En la atención del parto, se evidencian laboratorios sugestivos de infección urinaria sin compromiso sistémico y se maneja acorde a los protocolos Institucionales, se inicia maduración cervical en una pelvis ginecoide con Bishop desfavorable en un embarazo a término con un feto no macrosómico; y dentro de la evolución del trabajo de parto se toma una decisión de cesárea debido a escasos cambios cervicales en razón del tiempo y monitoria fetal normal tipo I sin actividad uterina; no hay complicaciones intraoperatorias ni posoperatorias inmediatas para el recién nacido o la madre, como lo registra la historia clínica. Tan solo de manera progresiva después de dos horas el Recién nacido inicia signos de dificultad respiratoria que no dan respuesta favorable a las intervenciones médicas por la especialidad de pediatría, razón por la cual de manera inmediata se plantea remisión para unidad de cuidado intensivo neonatal, dentro de la Red del Asegurador Policía Nacional, siendo ubicada siete horas después en la IPS Diacorsa Ibagué en la Unidad de cuidado intensivo neonatal, donde fallece con diagnóstico de Hipertensión Pulmonar Severa.
3. Consideramos que la paciente no cursó con Sepsis Urinaria, para pensar en una Sepsis Neonatal de origen materno. Siempre se consideró en la atención del trabajo de parto el concepto de alto riesgo obstétrico por obesidad, sin feto macrosómico con una pelvis ginecoide que permite la atención del parto de manera normal por vía vaginal, en donde la decisión de acto quirúrgico se toma por la no progresión del trabajo en 24 horas y con la evidencia de que no existen signos de sufrimiento fetal.

4. Es importante aclarar, que son múltiples las causas de Hipertensión Pulmonar en el Recién Nacido y que para este caso en particular, la Hipertensión Pulmonar no es atribuible al control prenatal ni a la atención del parto.

Cordialmente,



Bertha Irlene Bonilla Esquivel  
CC 65.740.136 de Ibagué  
Medico General y Epidemióloga  
Programa Maternidad Segura