**CONTRADICCIÓN DE DICTAMEN**

Médico Jorge Chaguendo (especialista en ginecobstertricia)

\***Procede a leer respuestas a cuestionario¨\***

Paciente de 33 años. Cursaba su segundo embarazo. Tenía ecografía temprana. Fue remitida a Susana López, fue remitida del corregimiento de Balboa (zona rural). Por su estado de embarazo (39 semanas) fue inducida a parto con misoprostol. Sufrió bradicardia en el procedimiento por lo que fue inducida en cesárea. En el procedimiento se dieron cuenta de la muerte fetal. A la paciente se realizó empaquetamiento y luego de estar bien se le dio de alta.

Cuando llegó la atención se le realizó ecografía y estudio físico. Por su lejanía y estado de embarazo se realizó la inducción a parto.

Por ser un embarazo a término y con residencia tan lejana, no podía dársele egreso. Entonces fue pertinente inducir en parto. La monitoria fetal estaba bien, así como el perfil biofísico. No era pertinente devolverla. No tenía un estado de gravedad. Las ecografías son los medios para ejercer nuestra especialidad; no es 100% confiable porque tiene un margen de error, pero es el medio que nos ayuda con el diagnóstico. La paciente fue correctamente vigilada y controlada. La bradicardia se detecta a la 1:37 pm y se realiza inmediatamente a cesárea; fue oportuno sin retrasos. El uso de misoprostol es correcto según las guías médicas para inducir en parto; se ajusta a la evidencia científica. Las complicaciones del uso de este medicamento pueden ser contracciones muy frecuentes, pero no quiere decir que no sea utilizable. El feto murió por asfixia secundario a la llegada de sangre la placenta; tiene una morbilidad del 90%; a pesar de lo rápido de la cesárea no se alcanzó a evitar la asfixia. Uno de los signos de ruptura uterina y los cambios en los latidos, pero no especifico; después del rompimiento uterino se clasificó como paciente críticamente enferma que requería UCI.