

Doi: <https://doi.org/10.70577/asce.v5i3.852>**Recibido:** 2026-06-24**Aceptado:** 2026-07-08**Publicado:** 2026-08-05

Muerte fetal tardía asociada a embarazo no reconocido: reporte de caso, revisión narrativa de la literatura e implicaciones para la salud pública

Late fetal death associated with unrecognized pregnancy: case report, narrative literature review, and public health implications

Cruz M. Zerna-Bravo¹

Facultad de Ciencias Médicas

cruz.zernab@ug.edu.ec<https://orcid.org/0000-0002-0283-8566>**Universidad de Guayaquil**

Guayaquil - Ecuador

Ramón M. Vargas-Vera²

Facultad de Ciencias Médicas

dr.ramonvargasvera@hotmail.com<https://orcid.org/0000-0002-1922-8983>**Universidad de Guayaquil****Universidad Católica de Santiago de****Guayaquil**

Guayaquil – Ecuador

Byron G. Alcívar-Zerna³

Facultad de Ciencias Médicas

byron.alcivarz@ug.edu.ec<https://orcid.org/0009-0009-3385-2908>**Universidad de Guayaquil**

Guayaquil - Ecuador

Shayra J. Álvarez-Reyes⁴

Facultad de Ciencias Médicas

shayra.alvarezr@ug.edu.ec<https://orcid.org/0000-0002-2476-8490>**Universidad de Guayaquil**

Guayaquil - Ecuador

James F Calan-Estrada⁵frankscuamerliz1999@gmail.com<https://orcid.org/0009-0000-0074-9888>**Universidad de los Hemisferios**

Quito - Ecuador

Martha Placencia-Ibadango⁶

Facultad de Ciencias Médicas

martha.placenciai@ug.edu.ec<https://orcid.org/0000-0003-3967-6166>**Universidad de Guayaquil**

Guayaquil - Ecuador

Cómo citar

Zerna Bravo, C. M., Vargas-Vera, R. M., Alcívar Zerna, B. G., Álvarez Reyes, S. J., Calan Estrad, J. F., & Placencia Ibadango, M. (2026). Muerte fetal tardía asociada a embarazo no reconocido: reporte de caso, revisión narrativa de la literatura e implicaciones para la salud pública. *ASCE MAGAZINE*, 5(3). <https://doi.org/10.70577/asce.v5i3.852>

Resumen

La muerte fetal tardía continúa siendo un importante problema de salud pública mundial, con cerca de dos millones de casos anuales, principalmente en países de ingresos bajos y medianos. El embarazo no reconocido constituye una condición poco frecuente que incrementa el riesgo de desenlaces obstétricos adversos por la ausencia de control prenatal y el retraso en la identificación de factores de riesgo. El objetivo fue describir un caso de muerte fetal tardía asociada a un embarazo no reconocido y analizar sus implicaciones clínicas y de salud pública.

Se realizó un reporte de caso clínico complementado con una revisión narrativa de la literatura. La información se obtuvo de la historia clínica, estudios de laboratorio, ecografía obstétrica y evaluación anatomopatológica placentaria.

Mujer de 39 años, multípara, usuaria de anticonceptivos hormonales, que desconocía su embarazo y consultó por dolor abdominal. La evaluación clínica y ecográfica confirmó muerte fetal intrauterina. El parto vaginal espontáneo permitió obtener un feto masculino de 36 semanas con restricción del crecimiento intrauterino y maceración avanzada. Los estudios maternos evidenciaron anemia leve y la placenta mostró insuficiencia útero-placentaria.

La coexistencia de embarazo no reconocido, ausencia de control prenatal, edad materna avanzada, obesidad, anemia, restricción del crecimiento intrauterino e insuficiencia placentaria probablemente contribuyó al desenlace fatal. El diagnóstico oportuno del embarazo, el acceso universal a la atención prenatal y la identificación precoz de factores de riesgo son estrategias esenciales para reducir la mortalidad fetal prevenible.

Palabras clave: muerte fetal; embarazo no reconocido; embarazo críptico; atención prenatal; restricción del crecimiento fetal.

Abstract

Late fetal death continues to be a major global public health problem, with nearly two million cases annually, primarily in low- and middle-income countries. Unrecognized pregnancy is a rare condition that increases the risk of adverse obstetric outcomes due to the lack of prenatal care and delays in identifying risk factors. The objective was to describe a case of late fetal death associated with an unrecognized pregnancy and to analyze its clinical and public health implications.

A clinical case report was conducted, supplemented by a narrative review of the literature. The information was obtained from the medical record, laboratory tests, obstetric ultrasound, and pathological evaluation of the placenta.

A 39-year-old multiparous woman, a user of hormonal contraceptives, who was unaware of her pregnancy and presented with abdominal pain. Clinical and ultrasound evaluation confirmed intrauterine fetal death. Spontaneous vaginal delivery resulted in the delivery of a 36-week-old male fetus with intrauterine growth restriction and advanced maceration. Maternal tests revealed mild anemia, and the placenta showed uteroplacental insufficiency.

The combination of an unrecognized pregnancy, lack of prenatal care, advanced maternal age, obesity, anemia, intrauterine growth restriction, and placental insufficiency likely contributed to the fatal outcome. Timely diagnosis of pregnancy, universal access to prenatal care, and early identification of risk factors are essential strategies for reducing preventable fetal mortality.

Keywords: stillbirth; unrecognized pregnancy; cryptic pregnancy; prenatal care; fetal growth restriction.

Introducción

La muerte fetal tardía continúa representando uno de los principales desafíos de la salud materno-fetal a nivel mundial y constituye un indicador sensible de la calidad de la atención obstétrica. Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada año ocurren aproximadamente dos millones de mortinatos, equivalentes a una muerte fetal cada 16 segundos. Más del 80 % de estos eventos se registran en países de ingresos bajos y medianos, donde persisten importantes desigualdades en el acceso a servicios de salud materna oportunos y de calidad (1,2).

La etiología de la muerte fetal es multifactorial e involucra la interacción de factores maternos, fetales, placentarios y asistenciales. Entre los factores de riesgo maternos descritos con mayor frecuencia se encuentran la edad materna avanzada, la obesidad, la hipertensión arterial, la diabetes pregestacional o gestacional, la anemia y diversas infecciones durante el embarazo. Desde el punto de vista fetal, la restricción del crecimiento intrauterino (RCIU), las anomalías congénitas y algunas alteraciones cromosómicas incrementan significativamente el riesgo de muerte fetal. Asimismo, las alteraciones placentarias, como la malperfusión vascular, los infartos placentarios y la insuficiencia útero-placentaria, constituyen mecanismos fisiopatológicos ampliamente documentados en la literatura internacional (3–9,11–19).

Diversos estudios han demostrado que una proporción considerable de las muertes fetales podría prevenirse mediante un adecuado control prenatal, el cual permite identificar tempranamente enfermedades maternas, alteraciones del crecimiento fetal y signos de compromiso placentario, facilitando intervenciones oportunas dirigidas a reducir la morbilidad perinatal (22,23,25). En consecuencia, la ausencia o el inicio tardío de la atención prenatal continúa siendo uno de los factores modificables más importantes asociados con desenlaces obstétricos desfavorables.

Dentro de este contexto adquiere especial relevancia el embarazo no reconocido, también denominado embarazo críptico o negación del embarazo, una condición caracterizada por el desconocimiento parcial o completo del estado gestacional durante semanas o incluso hasta el momento del parto. Aunque tradicionalmente se consideró una entidad excepcional, estudios epidemiológicos recientes estiman una incidencia cercana a un caso por cada 475 embarazos a las 20 semanas de gestación y aproximadamente un caso por cada 2 500 embarazos al momento del parto, cifras comparables con otras complicaciones

obstétricas graves (4,5). La ausencia de reconocimiento del embarazo impide el acceso oportuno al control prenatal, retrasa el diagnóstico de patologías maternas y fetales y limita la implementación de medidas preventivas dirigidas a disminuir el riesgo de muerte fetal.

En América Latina, la información científica relacionada con la asociación entre embarazo no reconocido y muerte fetal tardía continúa siendo limitada, predominando reportes aislados y pequeñas series de casos. Esta escasez de evidencia dificulta comprender los mecanismos clínicos involucrados y limita la formulación de estrategias preventivas adaptadas a los sistemas de salud de la región.

El presente reporte adquiere relevancia debido a que integra múltiples factores de riesgo maternos y placentarios potencialmente prevenibles, entre ellos la edad materna avanzada, la obesidad, la anemia, la ausencia absoluta de control prenatal, la restricción del crecimiento intrauterino y la insuficiencia útero-placentaria, todos ellos identificados en una paciente cuyo embarazo permaneció inadvertido hasta el ingreso hospitalario por dolor abdominal.

El objetivo de este estudio fue describir un caso de muerte fetal tardía asociada a un embarazo no reconocido, analizar los principales factores clínicos implicados en su evolución y discutir sus implicaciones para la práctica obstétrica y la salud pública a partir de la evidencia científica disponible.

Material y métodos

Diseño del estudio

Se realizó un estudio descriptivo correspondiente a un reporte de caso clínico, complementado con una revisión narrativa de la literatura. La elaboración y presentación del caso siguieron las recomendaciones de las *CARE Guidelines* (CAse REport Guidelines), con el propósito de garantizar una descripción clínica estructurada, transparente y reproducible.

Presentación del caso clínico

La información clínica se obtuvo a partir de la historia clínica institucional, los registros obstétricos, los resultados de laboratorio, los estudios ecográficos, el informe

anatomopatológico de la placenta y la evolución intrahospitalaria de la paciente. Se recopilaron variables demográficas, antecedentes ginecoobstétricos, factores de riesgo maternos, hallazgos clínicos, estudios complementarios, características del feto y hallazgos placentarios relacionados con la muerte fetal.

Revisión narrativa de la literatura

Con el fin de contextualizar el caso y analizar la evidencia científica disponible, se realizó una revisión narrativa de la literatura utilizando las bases de datos PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science y Google Scholar. La búsqueda bibliográfica se efectuó entre mayo y junio de 2026 mediante combinaciones de términos MeSH y palabras clave en inglés y español, incluyendo: stillbirth, late fetal death, unrecognized pregnancy, pregnancy denial, cryptic pregnancy, prenatal care, fetal growth restriction, placental insufficiency, muerte fetal, embarazo no reconocido, embarazo críptico y control prenatal.

Se emplearon operadores booleanos (AND y OR) para optimizar la estrategia de búsqueda.

Criterios de selección

Se incluyeron revisiones sistemáticas, metaanálisis, estudios observacionales, guías de práctica clínica, documentos de consenso y reportes clínicos publicados preferentemente entre 2014 y 2025, en idioma inglés o español, relacionados con la muerte fetal tardía, el embarazo no reconocido, la restricción del crecimiento intrauterino, las alteraciones placentarias y los factores de riesgo maternos.

Se excluyeron publicaciones duplicadas, estudios con información insuficiente, resúmenes de congresos sin texto completo, cartas al editor y documentos que no abordaban directamente el objetivo del estudio.

Análisis de la información

La información obtenida se organizó mediante un análisis descriptivo y comparativo. Los hallazgos clínicos del caso fueron contrastados con la evidencia disponible para identificar coincidencias y diferencias en cuanto a los factores de riesgo maternos, las alteraciones placentarias, los mecanismos fisiopatológicos involucrados y las implicaciones para la práctica clínica y la salud pública. La síntesis de la evidencia se

realizó de manera narrativa, priorizando publicaciones de alta calidad metodológica y documentos emitidos por organismos internacionales y sociedades científicas.

Consideraciones éticas

El estudio respetó los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki y las normas internacionales para la investigación en seres humanos. Se obtuvo el consentimiento informado de la paciente para la publicación del caso clínico y de las imágenes correspondientes, garantizando en todo momento la confidencialidad de la información mediante la eliminación de datos que permitieran su identificación. Debido a la naturaleza descriptiva del estudio y al tratarse de un reporte de caso, no se realizaron intervenciones adicionales sobre la paciente ni se modificó su manejo clínico habitual.

Resultados

Características clínicas de la paciente

Se presenta el caso de una mujer de 39 años de edad, multipara (G4P3), con antecedente de uso de anticonceptivos hormonales, quien acudió al servicio de emergencia por dolor abdominal de inicio súbito. La paciente manifestó desconocer su estado de gestación y refirió no haber presentado signos o síntomas que motivaran la sospecha de embarazo, motivo por el cual no recibió atención prenatal durante toda la gestación.

Durante la valoración inicial, el examen físico evidenció una altura uterina compatible con un embarazo del tercer trimestre, estimada en aproximadamente 34 semanas de gestación. No fue posible auscultar latidos cardíacos fetales mediante Doppler obstétrico, lo que motivó la realización inmediata de una ecografía obstétrica.

Hallazgos obstétricos y ecográficos

La ecografía confirmó la presencia de una gestación única con ausencia de actividad cardíaca fetal, compatible con muerte fetal intrauterina. Además, se identificaron signos ecográficos sugestivos de muerte fetal de evolución prolongada, entre ellos el signo de Spalding, indicativo del cabalgamiento de los huesos craneales secundarios a maceración fetal.

Debido al diagnóstico confirmado, la paciente fue hospitalizada para vigilancia obstétrica y manejo del parto.

Evolución clínica y hallazgos fetales

El parto ocurrió por vía vaginal de forma espontánea, obteniéndose un feto masculino muerto con una edad gestacional estimada de 36 semanas y un peso de 2400 g, inferior al esperado para la edad gestacional, compatible con restricción del crecimiento intrauterino. Durante la evaluación física se observaron signos de maceración fetal avanzada, lo que sugirió que la muerte había ocurrido varios días antes del ingreso hospitalario.

Hallazgos maternos y placentarios

Los estudios de laboratorio maternos demostraron anemia leve, sin evidencia de otras alteraciones hematológicas relevantes durante la hospitalización.

El estudio anatomopatológico de la placenta reveló alteraciones compatibles con insuficiencia útero-placentaria, caracterizadas por cambios de malperfusión vascular materna, hallazgo que constituye un mecanismo fisiopatológico reconocido en la génesis de la hipoxia fetal crónica y la muerte fetal intrauterina.

La secuencia clínica del caso se resume en la Figura 1.

Integración de los factores de riesgo identificados

El análisis integral del caso permitió identificar la coexistencia de múltiples factores asociados con muerte fetal descritos en la literatura científica. Entre los factores maternos destacaron la edad materna avanzada, la obesidad, la anemia y la ausencia absoluta de control prenatal secundaria al embarazo no reconocido. Desde el punto de vista fetal se documentó restricción del crecimiento intrauterino, mientras que el estudio placentario evidenció insuficiencia útero-placentaria.

La integración de estos hallazgos sugiere un origen multifactorial del desenlace obstétrico, en el que la ausencia de reconocimiento del embarazo impidió la detección temprana de condiciones potencialmente modificables mediante una adecuada vigilancia prenatal.

La Tabla 1 resume los factores de riesgo identificados en la paciente, mientras que la Tabla 2 presenta los principales factores asociados con la muerte fetal descritos en la

literatura científica. La Figura 2 ilustra el modelo fisiopatológico propuesto que integra los mecanismos maternos, placentarios y fetales involucrados en el desenlace observado.

Discusión

La muerte fetal tardía constituye un desenlace obstétrico de etiología multifactorial, resultado de la interacción entre factores maternos, fetales, placentarios y asistenciales. En el presente caso, la coexistencia de un embarazo no reconocido, ausencia absoluta de control prenatal, edad materna avanzada, obesidad, anemia, restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) e insuficiencia útero-placentaria probablemente contribuyó de manera sinérgica al desenlace fatal. Estos hallazgos concuerdan con la evidencia que identifica la acumulación de factores de riesgo como uno de los principales determinantes de la muerte fetal prevenible (1,2,5).

El embarazo no reconocido representa una condición clínica poco frecuente, pero con importantes implicaciones obstétricas. Aunque tradicionalmente se atribuyó a trastornos psiquiátricos, estudios recientes demuestran que la mayoría de las mujeres afectadas no presentan enfermedad mental grave, sino que experimentan una negación parcial o completa del embarazo favorecida por factores psicológicos, sociales y biológicos (4,5). La ausencia de síntomas gestacionales evidentes, la persistencia de sangrados interpretados como menstruaciones y el uso de métodos anticonceptivos pueden retrasar el diagnóstico, como ocurrió en la paciente descrita. Esta situación limita el acceso a la atención prenatal y favorece la progresión silenciosa de patologías potencialmente tratables.

La falta de control prenatal constituye uno de los factores modificables más importantes asociados con la mortalidad fetal. La vigilancia obstétrica periódica permite identificar tempranamente hipertensión gestacional, diabetes, anemia, infecciones, alteraciones del crecimiento fetal y signos de insuficiencia placentaria, facilitando intervenciones oportunas destinadas a disminuir la morbilidad perinatal (22,23,25). En este caso, la ausencia total de controles impidió detectar la restricción del crecimiento intrauterino y las alteraciones placentarias, condiciones que probablemente evolucionaron hasta producir hipoxia fetal crónica y muerte intrauterina.

Otro aspecto relevante fue la edad materna de 39 años. La evidencia epidemiológica demuestra que el riesgo de muerte fetal aumenta progresivamente después de los 35 años debido a una mayor frecuencia de enfermedades vasculares, alteraciones metabólicas, hipertensión, diabetes y disfunción placentaria (8,9,11,14). Aunque la edad avanzada por sí sola no explica el desenlace, su coexistencia con otros factores de riesgo incrementa significativamente la probabilidad de resultados perinatales adversos.

La obesidad y la anemia materna también constituyeron hallazgos relevantes. La obesidad se asocia con inflamación sistémica, resistencia a la insulina y disfunción endotelial, mecanismos que alteran la perfusión útero-placentaria y favorecen la hipoxia fetal (12,13). Por su parte, la anemia disminuye la capacidad de transporte de oxígeno hacia la unidad fetoplacentaria, incrementando el riesgo de restricción del crecimiento intrauterino, parto pretérmino y muerte fetal, especialmente cuando coexiste con alteraciones placentarias (5,9). La presencia simultánea de ambos factores probablemente potenció el compromiso hemodinámico observado en esta paciente.

Desde el punto de vista fetal, el peso al nacimiento fue compatible con restricción del crecimiento intrauterino. Esta condición representa uno de los predictores más importantes de mortinatalidad y refleja, en la mayoría de los casos, un proceso crónico de insuficiencia placentaria (9,24). Los hallazgos anatomopatológicos de malperfusión vascular materna observados en la placenta respaldan esta hipótesis fisiopatológica y son consistentes con las descripciones realizadas por Redline, Bukowski y Baergen, quienes identifican la insuficiencia útero-placentaria como uno de los mecanismos más frecuentes asociados con muerte fetal tardía (15–19).

Desde la perspectiva de la salud pública, este caso pone de manifiesto la necesidad de fortalecer las estrategias dirigidas al diagnóstico precoz del embarazo y garantizar el acceso universal a un control prenatal oportuno y de calidad. La OMS estima que una proporción importante de las muertes fetales podría evitarse mediante intervenciones simples, entre ellas la vigilancia sistemática del crecimiento fetal, el tratamiento de enfermedades maternas y la identificación temprana de embarazos de alto riesgo (1,22,23). Asimismo, resulta fundamental promover programas de educación sexual y reproductiva que favorezcan el reconocimiento temprano del embarazo, incluso en mujeres usuarias de métodos anticonceptivos.

Entre las fortalezas de este trabajo destaca la integración de la información clínica, ecográfica, anatomopatológica y bibliográfica, lo que permitió realizar un análisis amplio de los mecanismos involucrados en el desenlace. Sin embargo, deben reconocerse algunas limitaciones inherentes al diseño. Al tratarse de un reporte de un único caso, los hallazgos no pueden generalizarse a toda la población. Además, no fue posible disponer de estudios genéticos fetales, autopsia completa ni análisis microbiológicos que permitieran descartar otras etiologías menos frecuentes de muerte fetal. No obstante, la descripción detallada del caso aporta evidencia clínica relevante sobre una entidad escasamente documentada en Latinoamérica y contribuye a generar hipótesis para futuras investigaciones multicéntricas.

Tabla 1.*Factores de riesgo de muerte fetal identificados en la paciente*

Factor	Presente
Edad materna >35 años	Sí
Ausencia de control prenatal	Sí
Embarazo no reconocido	Sí
Obesidad	Sí
Anemia materna	Sí
Restricción crecimiento intrauterino	Sí
Insuficiencia útero-placentaria	Sí

Tabla 2.*Principales factores asociados a muerte fetal reportados en la literatura*

Categoría	Factores
Maternos	Edad avanzada, obesidad, hipertensión, diabetes, anemia
Fetales	RCIU, anomalías congénitas
Placentarios	Infartos, trombosis, malperfusión vascular
Infecciosos	Sífilis, malaria, infecciones virales
Asistenciales	Ausencia de control prenatal

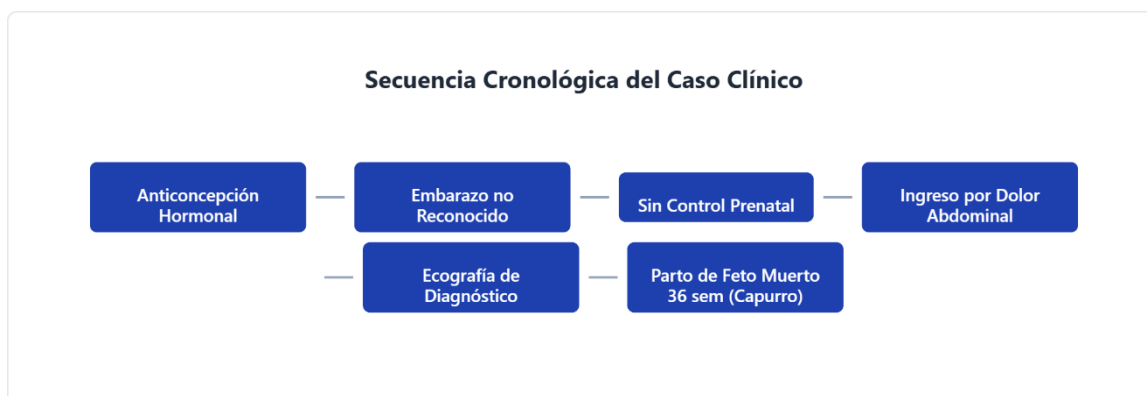


Figura 1. El diagrama representa la evolución de un caso clínico donde la falta de diagnóstico temprano, asociada al uso de anticonceptivos y la ausencia de controles, derivó en una muerte fetal tardía detectada al momento del ingreso hospitalario por urgencias. Elaboración propia, 2026

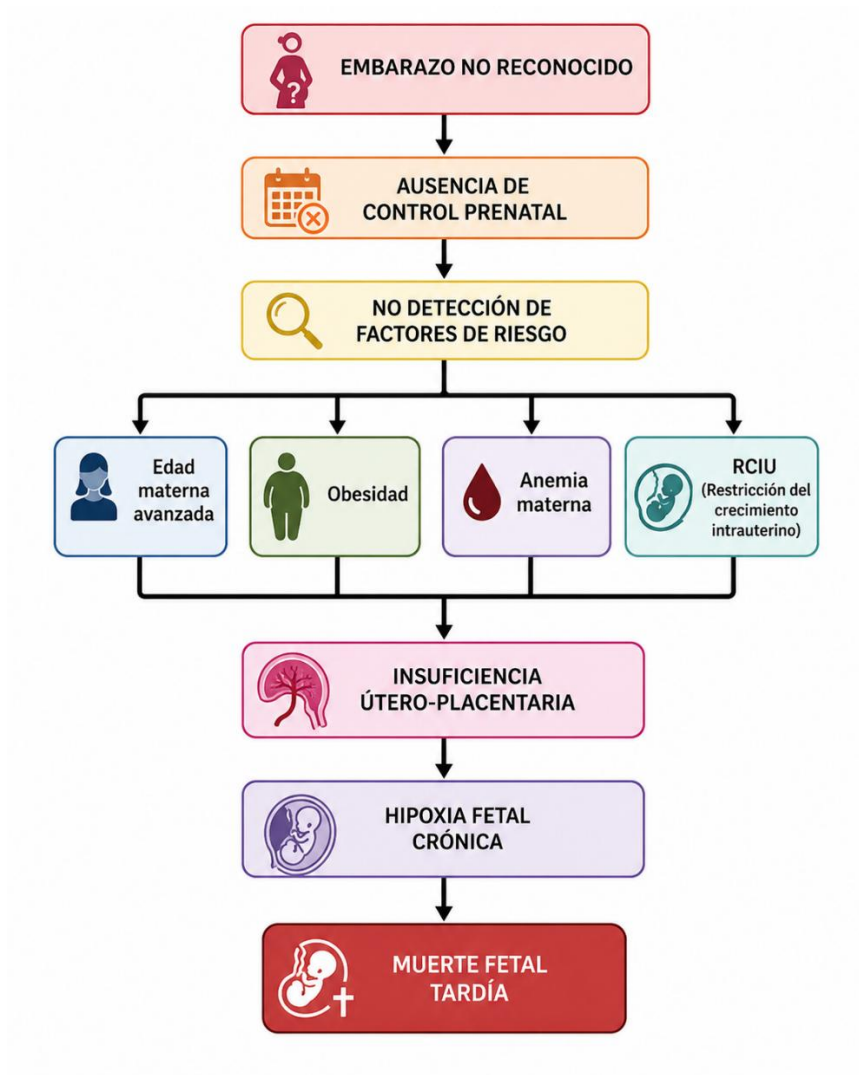


Figura 2. Modelo fisiopatológico propuesto para el caso

Conclusiones

La muerte fetal tardía asociada a un embarazo no reconocido constituye un evento obstétrico multifactorial en el que confluyen factores maternos, fetales, placentarios y asistenciales. En el presente caso, la ausencia de control prenatal favoreció la progresión silenciosa de condiciones potencialmente identificables, como la restricción del crecimiento intrauterino y la insuficiencia útero-placentaria, contribuyendo al desenlace fatal.

El análisis del caso confirma que el embarazo no reconocido representa un importante desafío clínico, ya que retrasa el diagnóstico de factores de riesgo modificables e impide la implementación de intervenciones preventivas oportunas. La coexistencia de edad materna avanzada, obesidad, anemia y alteraciones placentarias incrementó el riesgo de hipoxia fetal crónica y muerte intrauterina, en concordancia con la evidencia científica disponible.

Desde la perspectiva de la salud pública, resulta prioritario fortalecer las estrategias de educación sexual y reproductiva, promover el reconocimiento temprano del embarazo y garantizar el acceso universal a una atención prenatal integral, con énfasis en la identificación precoz de embarazos de alto riesgo y la vigilancia sistemática del crecimiento fetal. Estas intervenciones podrían contribuir significativamente a disminuir la carga de mortalidad fetal prevenible.

Finalmente, se requieren estudios multicéntricos con mayor tamaño muestral que permitan determinar la magnitud del embarazo no reconocido como factor asociado a muerte fetal tardía en América Latina, así como evaluar intervenciones dirigidas a mejorar su detección temprana y prevenir desenlaces obstétricos adversos.

Referencias bibliográficas

- Lawn JE, Blencowe H, Waiswa P, Amouzou A, Mathers C, Hogan D, et al. Stillbirths: rates, risk factors, and acceleration towards 2030. *Lancet*. 2016;387(10018):587-603. doi:10.1016/S0140-6736(15)00837-5.
- GBD 2021 Stillbirths Collaborators. Global, regional, and national stillbirths at 20 weeks' gestation or longer, 1990-2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet*. 2024;403(10436):1570-1584. doi:10.1016/S0140-6736(23)02439-4.
- Flenady V, Middleton P, Smith GC, Duke W, Erwich JJ, Khong TY, et al. Stillbirths: the way forward in high-income countries. *Lancet*. 2011;377(9778):1703-17. doi:10.1016/S0140-6736(10)62310-1.
- Pons A, Sepúlveda E, Leiva J. Muerte fetal: enfoque clínico y epidemiológico. *Rev Med Clin Las Condes*. 2014;25(6):945-52. doi:10.1016/S0716-8640(14)70638-8.
- Aminu M, Unkels R, Mdegela M, Utz B, Adaji S, van den Broek N. Causes of and factors associated with stillbirth in low- and middle-income countries: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14:303. doi:10.1186/1471-2393-14-303.
- Smith GC. Life-course approaches to stillbirth prevention. *Lancet*. 2017;390(10098):1202-4. doi:10.1016/S0140-6736(17)31515-0.
- Silver RM, Varner MW, Reddy UM, Goldenberg R, Pinar H, Conway D, et al. Work-up of stillbirth: a review of the evidence. *Obstet Gynecol*. 2007;109(1):115-24. doi:10.1097/01.AOG.0000259315.07232.e7.
- Fretts RC. Etiology and prevention of stillbirth. *Am J Obstet Gynecol*. 2015;213(5):597-604. doi:10.1016/j.ajog.2015.03.020.
- Gardosi J, Madurasinghe V, Williams M, Malik A, Francis A. Maternal and fetal risk factors for stillbirth: population based study. *BMJ*. 2013;346. doi:10.1136/bmj.f108.
- Dudley DJ. Diabetic-associated stillbirth: incidence, pathophysiology, and prevention. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2007;34(2):293-307. doi:10.1016/j.ogc.2007.03.001.
- Ananth CV, Basso O, et al. Hypertensive disorders and risk of stillbirth. *Obstet Gynecol*. 2015;125(1):109-18. doi:10.1097/AOG.0000000000000567.
- Tennant PWG, Rankin J, Bell R. Maternal obesity and risk of stillbirth. *BJOG*.

- 2014;121(1):152-60. doi:10.1111/1471-0528.12570.
- Aune D, Saugstad OD, Henriksen T, Tonstad S. Maternal body mass index and risk of fetal death, stillbirth, and infant death: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2014;311(15):1536-46. doi:10.1001/jama.2014.2269.
- McPherson JA, Odibo AO, Shanks AL, et al. Hypertension in pregnancy and risk of stillbirth. *Am J Obstet Gynecol*. 2016;214(2):261.e1-261.e9. doi:10.1016/j.ajog.2015.08.024.
- Redline RW. Placental pathology in stillbirth. *Placenta*. 2009;30(Suppl A). doi:10.1016/j.placenta.2008.09.015.
- Bukowski R. Placental insufficiency and fetal demise. *Semin Perinatol*. 2014;38(3):119-24. doi:10.1053/j.semperi.2013.11.003.
- Salafia CM, Vintzileos AM, Silberman L, Bantham KF, Vogel CA. Placental lesions associated with stillbirth. *Placenta*. 2010;31(9):749-56. doi:10.1016/j.placenta.2010.04.011.
- Baergen RN. Placental pathology and stillbirth. *Arch Pathol Lab Med*. 2015;139(5):698-703. doi:10.5858/arpa.2013-0677-RA.
- Pinar H, Goldenberg RL, Koch MA, Heim-Hall J, Hawkins HK, Shehata BM, et al. Placental findings in stillbirths. *Pediatr Dev Pathol*. 2014;17(1):1-9. doi:10.2350/13-03-1316-OA.1.
- Rac MWF, Revell PA, Eppes CS. Viral infections during pregnancy and stillbirth risk. *Obstet Gynecol*. 2014;123(1):118-26. doi:10.1097/AOG.000000000000106.
- Lawn JE, Blencowe H, Waiswa P, et al. Infections as causes of stillbirth. *Lancet*. 2016;387(10018):1483-92. doi:10.1016/S0140-6736(16)30369-7.
- Heazell AEP, Siassakos D, Blencowe H, et al. Stillbirth prevention and bereavement care. *BMJ Med*. 2023;2. doi:10.1136/bmjmed-2022-000262.
- Bhutta ZA, Yakoob MY, Lawn JE, et al. Stillbirth prevention and interventions. *Lancet*. 2014;384(9957):347-70. doi:10.1016/S0140-6736(14)60792-3.
- Okwaraji YB, et al. Risk of stillbirth by fetal size: a systematic review and meta-analysis. *BJOG*. 2024. doi:10.1111/1471-0528.17890.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. Management of stillbirth. *Obstetric Care Consensus No. 10. Obstet Gynecol*. 2020;135(3). doi:10.1097/AOG.0000000000003700.

Declaraciones**Conflictos de interés:**

Los autores afirman que no existe ningún conflicto de interés

Financiamiento: No se recibió financiamiento externo

Aprobación ética: Se obtuvo consentimiento informado de la paciente para la publicación del caso

Agradecimientos:

Los autores expresan su sincero agradecimiento al Servicio de Ginecología del Interhospital por su valioso apoyo y colaboración durante el desarrollo de la presente investigación. Asimismo, agradecen a la paciente por su disposición y confianza, fundamentales para la realización de este estudio. De igual manera, se reconoce la contribución del personal de salud que participó directa o indirectamente, cuyo compromiso y apoyo hicieron posible la ejecución de este trabajo.

Contribución de autores:

Autor 1: concepción, redacción

Autor 2: revisión crítica

Autor 3: análisis clínico

Autor 4: Metodología

Autor 5: Borrador

Autor 6: Revisión final

Nota:

El artículo no es el resultado de una publicación previa