
NUESTRA EXPERIENCIA EN FETO MUERTO

Dr. Juan Manuel Romero Benitez, Dr. Daniel Vidal, Dra. Alicia Centurión, Horacio Alberto Sosa Aguirre,
Claudia Carolina Sosa

Lugar de realización del trabajo: Hospital A. I. Llano, Sector maternidad "María de la Dulce Espera",
Dto. de Perinatología.

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores de riesgo encontrados en aquellos pacientes que presentaron feto muerto en nuestra maternidad.

Pacientes y Métodos: Trabajo descriptivo y retrospectivo sobre historias clínicas de aquellos fetos muertos mayor a 500 grs., sobre un total de 4211 nacimientos ocurridos entre el 01/01/01 al 31/12/02. En el análisis estadístico se utilizó variables categóricas en porcentajes y variables continuas +/- desvió estándar.

Resultados: Sobre un total de 4211 nacimientos se hallaron 57 casos de fetos muertos con una incidencia del 1,35%. La edad media de las 57 pacientes fue de 28 años (DS +/- 7,88), el rango de 14 - 44 años. La **edad gestacional** hallada en 16 (28,07%) fue entre 20-27 semanas, 22(38,6%) entre 28-36 semanas y 19 (33,3%) mayor a 37 semanas. Los **números de control prenatal** fueron: ninguno en 20(35,08%); 26 (45,61%) entre 1 o 4 controles y 11 (19,29%) más de 5 controles. La **paridad** presentó 12 (21,05%) primípara y 45(78,95%) múltiparas. La **patología** asociada al embarazo que se encontraron fue la hipertensión arterial en 13(22,81%); el desprendimiento prematuro de placenta en 11(19,29%); la amenaza de parto prematuro en 6(10,53%), anemia en 4(7,02%), diabetes en 3(5,26%), sífilis en 3(5,26%), y no se encontraron causa aparente en 17(29,82%). No presentaron **antecedentes de feto muerto** en 47(82,45%) y si presentaron antecedentes de feto muerto en 10(17,54%). El **momento del óbito** fueron 48(84,21%) anteparto y 9 (15,78%) intraparto. Siendo la **vía vaginal** en 41(71,92%) y la cesárea en 16(28,07%). Los **pesos de los RN** hallados en 21(36,84%) entre 500 y 1500 grs.; 17(29,82%) entre 1500 a 2500 grs., y 19(33,33%) más de 2500 grs.

Conclusiones: Nuestra incidencia de feto muerto se aproxima con los informes de la literatura internacional. Presentamos un número importante de casos (80,69%) sin control o escasos controles. Debíamos realizar estudios postmortem adecuados para tratar de explicar las causas de fetos muertos en aquellos que no lo hallamos (29,82%). Nuestro actuar debe estar destinado a disminuir esta patología obstétrica realizando controles prenatales periódico y precoces; enseñando a la madre sobre el hallazgo de signos de alarma y enfermedades que se asocian al feto muerto.

SUMMARY

Objective: To analyze the maternal-fetal epidemic variables of those patients that presented dead fetus in our maternity.

Patient and Methods: I work descriptive and retrospective on clinical histories of those bigger dead fetuses to 500 grs., on a total of 4211 births happened among the 01/01/01 at the 31/12/02. In the statistical analysis you uses categorical variables in percentages and continuous variables + / - it deviated standard.

Results: On a total of 4211 births they were 57 cases of dead fetuses with an incidence of 1,35%. The half age of the 57 patients was of 28 years (DS + / - 7,88), the range of 14 - 44 years. The age gestacional found in 16 (28,07%) it was among 20-27 weeks, 22(38,6%) between 28-36 weeks and 19 (33,3%) bigger to 37 weeks. The numbers of prenatal control were: none in 20(35,08%); 26 (45,61%) between 1 or 4 controls and 11 (19,29%) more than 5 controls. The parity presents 12 (21,05%) primípara and 45(78,95%) múltiparas. The pathology associated to the pregnancy that you/they were was the arterial hypertension in 13(22,81%); the premature detachment of placenta in 11(19,29%); the threat of premature childbirth in 6(10,53%), anemia in 4(7,02%), diabetes in 3(5,26%), syphilis in 3(5,26%), and they were not apparent cause in 17(29,82%). they didn't present antecedents of dead fetus in 47(82,45%) and if they presented antecedents of dead fetus in 10(17,54%). The moment of the death was 48(84,21%) anteparto and 9 (15,78%) intraparto. Being the vaginal road in 41(71,92%) and the Caesarean operation in 16(28,07%). The pesos of the RN found in 21(36,84%) between 500 and 1500 grs.; 17(29,82%) among 1500 to 2500 grs., and 19(33,33%) more than 2500 grs.

Conclusions: Our incidence of dead fetus approaches with the reports of the international literature. We present an I number important of cases (80,69%) without control or scarce controls. We should carry out studies appropriate postmortem to try to explain the causes of dead fetuses in those that we don't find it (29,82%). Our to act should be dedicated to diminish this obstetric pathology carrying out controls prenatal newspaper and you precook; teaching to the mother on the discovery of alarm signs and illnesses that associate to the dead fetus.

INTRODUCCION

La muerte fetal intrauterina es una tragedia personal y profesional más difícil de enfrentar en la práctica profesional obstétrica diaria. El obstetra se ve enfrentado ante dos situaciones, el primero corresponde al estudio de la causa del problema actual y el segundo, al manejo de una eventual gestación futura, por eso durante mucho tiempo los esfuerzos por prevenir este accidente apuntaban a mejorar la seguridad del parto; o en caso de muerte fetal previa a la inducción del trabajo de parto antes de la etapa de ese embarazo en el que podría anticiparse otra muerte fetal, por cualquier causa desconocida. Se considera feto muerto intrauterino, al feto que muere más allá de las 20 semanas de embarazo y hasta el momento del parto. En algunos lugares existe además, la exigencia de que el feto pese más de 500 grs.. Sin embargo, otros países aun practican el criterio de 28 semanas o 1000 grs. de peso fetal.

La incidencia del feto muerto es muy controvertida porque hay muchos factores que se atribuyen a esto incluyendo los factores sociales, socioeconómicos, geográficos, edad materna, pluralidad de la gestación, orden de nacimiento, tipo de atención del parto, sexo del feto, antecedentes obstétricos, cuidados y control prenatal.

Cuando en algunos lugares presentan una incidencia de 4/1000 nacidos vivos, en otros registran 11/1000 nacidos vivos.

A comienzos de este siglo se conocían solo 4 enfermedades maternas como causa de muerte fetal como ser la nefropatía aguda y grave, los procesos anémicos, miocardiopatías y sífilis, otros aúres también lo registran al cáncer.

Actualmente la causa de feto muerto se las divide en: Causas maternas; Causas fetales; Causas ovulares.

En nuestra región, según las últimas estadísticas, informan que un 10% de las veces la etiología fue descrita como de origen fetal, un 15% de origen materno, un 40% de origen placentario – cordón, un 10% de causas varias y un 25% de etiología desconocida.

OBJETIVO

Determinar factores de riesgo encontrados en pacientes que presentaron feto muerto en nuestra maternidad.

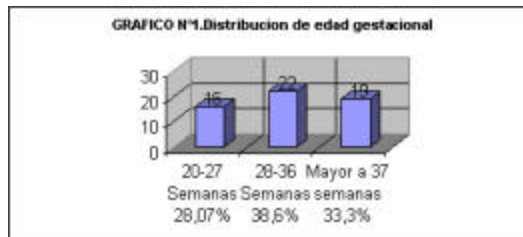
PACIENTES Y METODOS

Trabajo descriptivo y retrospectivo sobre historias clínicas de aquellos fetos muertos mayor a 500 grs., sobre un total de 4211 nacimientos ocurridos entre el 01/01/01 al 31/12/02. En el análisis estadístico se utilizó variables categóricas en porcentajes y variables continuas +/- desvió estándar.

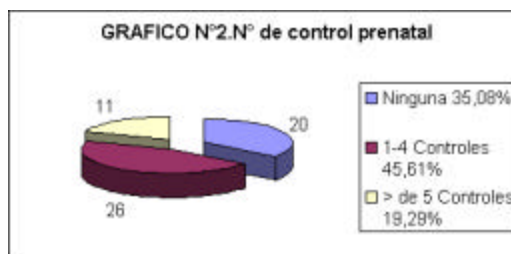
RESULTADOS

Sobre un total de 4211 nacimientos se hallaron 57 casos de fetos muertos con una incidencia del 1,35%. La edad media de las 57 pacientes fue de 28 años (DS +/- 7,88), el rango de 14 – 44 años.

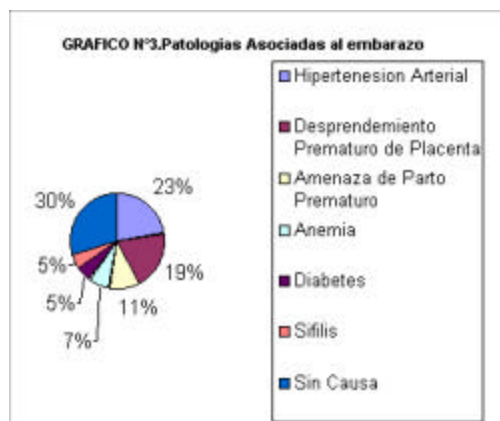
La distribución de las **edades gestacionales** hallada se detallan en el gráfico N°1 donde se observa una mayor presencia de fetos muertos ente las 28 – 36 semanas de gestación.



La **paridad** presentó 12 (21,05%) primípara y 45(78,95%) multíparas. Los números de control prenatal se muestran en el gráfico N° 2, donde el 80,69% de pacientes se hallan sin control o escasos controles (< de 5 controles).



El número de embarazadas con antecedentes de feto muerto fue menor (17,54%) que aquellos que no la tuvieron (82,45%).



La **patología** asociada al embarazo que se encontraron fue la hipertensión arterial y al desprendimiento prematuro de placenta como patologías más relevantes y se ilustran en el gráfico N° 3.

Se registró mayor número de fetos muertos de tipo ante parto (84,21%) en comparación a los intrapartos (15,7%) y el parto por vía vaginal fue más relevante en un 71,92% que la operación cesárea que alcanza el 20,08%. Ver gráficos N° 4 y 5.

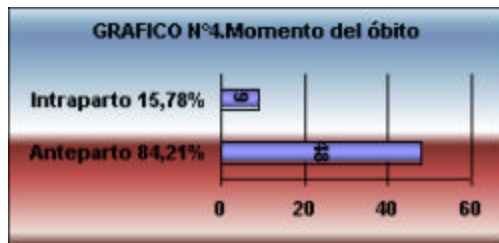
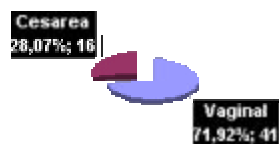


Gráfico N°5. Vía del Parto



Los pesos de los fetos muertos entre 500 y 1500 grs. fueron los de mayor registro, seguidos por los que pesaban más de 2500 grs. como lo demuestra el gráfico N° 6.



DISCUSION

Es importante hacer notar que la evaluación del feto intrauterino es compleja y debe iniciarse tan pronto como se estableció el diagnóstico. En nuestra región su estudio es generalmente incompleto y no hay uniformidad en la forma de estudio, presentamos recursos limitados y hay dificultades para realizar estudios postmortem adecuados de los fetos muertos. En nuestro estudio registramos un 29,82% de fetos muertos sin causas aparentes, que quizás realizando un examen macroscópico y microscópico del feto y placenta podríamos acercarnos a una causa de muerte.

De ello se desprende que el estudio etiológico se debe hacer desde el punto de vista materno, clínico, laboratorio y feto placentario. El estudio materno involucra a la anamnesis como así también a examen de laboratorio específico como detección de diabetes, isoimmunización, etc. Respecto al estudio fetal este debe

ser lo más sistemático posible y se debe realizar:

- Estudio citogenético.
- Estudio macroscópico y microscópico de la placenta y el feto.

Como causa materna hallamos en nuestro estudio a la hipertensión arterial en un 22,81%, a la anemia en 4%, la diabetes y sífilis en un 3%; no registramos causas fetales aparentes.

Una vez terminado el estudio tanto materno como fetal, el siguiente paso es establecer el riesgo de recurrencia para poder orientar el manejo clínico de una gestación futura; nuestro trabajo realizado refleja el 17,54% de recurrencia de feto muerto.

El riesgo de recurrencia de muerte fetal es variable dependiendo de la etiología del óbito previo y nace la pregunta respecto del manejo específico del embarazo en curso. La respuesta es compleja y no se cuenta con suficiente información para poder entregar una clara orientación al respecto. Clásicamente, el consejo respecto al manejo de un embarazo con el antecedente de muerte fetal previa a sido el comenzar con pruebas de vigilancia antenatal, 2-4 semanas antes de la edad gestacional en que tuvo lugar el óbito previo.

Por último, hay que ejercer el apoyo familiar puesto que esta situación es bien caracterizada como un duelo. Es importante otorgarle a los padres la posibilidad de poder ver y tocar a su hijo luego de que el parto haya tenido lugar, así como explicarles los beneficios que unos estudios anatomopatológico tiene en el manejo de esta patología obstétrica.

CONCLUSION

Nuestra incidencia de feto muerto se aproxima con los informes de la literatura internacional. Presentamos un número importante de casos (80,69%) sin control o escasos controles. Debiéramos realizar estudios postmortem adecuados para tratar de explicar las causas de fetos muertos en aquellos que no lo hallamos (29,82%). Nuestro actuar debe estar destinado a disminuir esta patología obstétrica realizando controles prenatales periódico y precoces; enseñando a la madre sobre el hallazgo de signos de alarma y enfermedades que se asocian al feto muerto.

BIBLIOGRAFIA

- Bértola RP. Anomalías del embarazo. En: Uranga - Imaz FA, Uranga - Imaz FA (h), ed. Obstetricia práctica. 5ª ed. Buenos Aires: Inter. - Médica, 1979: 443 - 450.
- Clavero - Núñez. Los objetivos de la obstetricia futura. En: Botella - Llusia J, Clavero - Núñez JA, ed. Patología obstétrica. 12ª ed. Barcelona: Editorial Científica Médica; 1981: 971 - 975.
- Gant NF. Identificación de la vida o muerte fetal. En: Pritchard JA, Mac Donal PC, Gant NF, ed. Williams obstetricia. 3ª ed. Barcelona: Salvat Editores S. A., 1986: 2, 213.

- Winograd RH. Complicaciones propias del embarazo. En: Votta RA, Parada OH, ed. Obstetricia. 4ª ed. Buenos Aires: Lopez Libreros Editores, 1988: 297 – 299.
- Navarrete L, Chung C, Clavero PA. Muerte Fetal Intrauterio Intraparto. En: Carrera – Maccia JM, ed. Obstetricia. Barcelona: Salvat Editores, S. A.; 1990: 620 – 638.
- Loughrin HJ, Krischbaum TH. Muerte fetal intrauterina. En: Iffy L; Kaminetzky HA, ed. Obstetricia y perinatología. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana S. A.; 1990: 1144 – 1163.
- Loutfi G. Patología obstétrica. En: Carrera – Maccia JM, ed. Protocolos de obstetricia. 2ª ed. Barcelona: Salvat Editores S. A., 1989: 5, 138.
- Wentrom KD, Hauth JC. Patología del embarazo y muerte fetal. En: Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, ed. Williams obstetricia. 21ª ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 2002: 568, 917 – 921.