

105
204



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE MEDICINA
División de Estudios de Postgrado
Hospital General Tacuba
I. S. S. S. T. E.

MUERTE FETAL INTRAUTERINA DIAGNOSTICO EPIDEMIOLOGICO

TESIS DE POSTGRADO
Que para obtener el título en la especialidad de
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
p r e s e n t a

Dra. Concepción Patricia del Río Gómez



ISSSTE

Director de tesis:
Dr. Francisco Javier Guerrero Garza

Mexico **TESIS.CON**
VALLA DE ORIZABA

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y
SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRAJADORES DEL ESTADO
FEB. 23 1988
HOSPITAL TACUBA
ENSEÑANZA

1988



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

INTRODUCCION	1
GENERALIDADES	3
OBJETIVOS	17
JUSTIFICACION.....	18
MATERIAL Y METODOS	19
ANALISIS DE RESULTADOS.....	21
CONCLUSIONES	27
BIBLIOGRAFIA	29

INTRODUCCION

Uno de los capítulos que reviste mayor importancia en la Obstetricia, es la muerte fetal intrauterina.

En las últimas décadas, los especialistas dedicados al estudio de la Obstetricia, hemos sido testigos de múltiples casos de muerte fetal in utero, este condiciona serias repercusiones en el núcleo familiar. Los costos emocionales de la muerte fetal son altos, no sólo para la paciente y su esposo, sino también para el obstetra.

El obstetra debe recordar que los lazos entre la madre y el feto se inician desde la vida intrauterina.

Frecuentemente el obstetra se preguntará, ¿qué fué lo que no hice correctamente?, ¿qué podría haber hecho en forma diferente?, y a su vez, la paciente se pregunta, ¿qué fué lo que hice mal?, ¿qué fué lo que hizo mal el médico?, ¿qué podría haber hecho el médico en forma diferente?

Este problema indica que ha fallado parte de la función obstétrica.

La muerte perinatal es la última en una cadena de eventos, la cual se inicia en el momento de la fertilización o antes.

Muchos estudios de mortalidad enfatizan el diagnóstico en el recién nacido, otros en diagnósticos maternos y otros en una combinación de ambos.

Este campo de la medicina es diferente a otros, en que la causa de la muerte no es mejor determinada por la autopsia, - la cual generalmente no demuestra la causa de la muerte fetal.

(2)

La mayoría de las condiciones patológicas que llevan eventualmente a la muerte, pueden ser encontradas en la historia obstétrica.

Por este motivo nosotros enfatizaremos en este estudio - que todos los factores que influyen en la muerte fetal intrauterina son identificables en la historia obstétrica durante la gestación.

GENERALIDADES

Con el término de Obito, se define a la muerte fetal que ocurre en el período comprendido entre la semana 20 del embarazo, y la terminación del mismo con el parto. Cuando se desconoce la edad gestacional, se toma como base el peso del producto, el cuál deberá ser mayor de 500 grs. (1) (3) (11).

La muerte fetal después de la semana 20 de gestación, ocurre cerca del 1% de los embarazos.

Algunas causas no pueden prevenirse.

Cerca de la mitad de las muertes fetales son causadas por la hipoxia. Como causa definible, la hipoxia tiene una frecuencia del doble en las muertes durante el parto, si se compara con otras. La hipoxia es consecuencia de hemorragia antes del parto, anomalías durante el trabajo de parto y la expulsión, nudos y circulares de cordón, prolapso del mismo y enfermedades maternas.

Las anomalías congénitas son la explicación de cerca del 15% de las muertes.

Un objetivo de la atención obstétrica, es la prevención de la morbimortalidad fetal, como sea posible.

La muerte fetal puede ocurrir:

- 1.- Durante el curso de la gestación y
- 2.- La que ocurre durante el trabajo de parto.

La muerte fetal que se presenta durante el curso de la gestación ocurre en el transcurso de un embarazo aparentemente normal, y adquiere mayor importancia cuando se ha presentado en embarazos anteriores de curso aparentemente normal. (1)

Se han encontrado dos causas en este primer grupo:

- a).- Causas maternas: son estados de enfermedad materna que pueden condicionar alteraciones sistémicas capaces de causar la muerte fetal al modificar las condiciones fisiológicas en las cuales se está desarrollando el feto. Estas pueden ser: diabetes mellitus (en pacientes conocida como diabética e incluso en pacientes que no se sospechaba esta patología), nefropatías, cardiopatías, hipertensión, enfermedades de la colágena, procesos infecciosos sistémicos, procesos infecciosos crónicos (tuberculosis pulmonar, sífilis, toxoplasmosis).
- b).- Causas obstétricas: son situaciones condicionadas por una alteración propia del embarazo, tales como: toxemia, desprendimiento prematuro de placenta normoinsera, placenta previa sangrante, interrupción de la circulación materno-fetal por compresión del cordón umbilical (nudos verdaderos, prolapso, procúbito), -eritroplastos fetal, infección amniótica por ruptura prematura de membranas, anomalías congénitas incompatibles con la vida (alteraciones severas del SNC y cardiovascular), anomalías condicionadas por factores físicos (radiaciones), químicos (drogas) e infecciosos.

Puede haber una superposición de varias causas para la muerte fetal, ya sabemos que la diabetes mellitus se asocia a anomalías congénitas, la hipertensión arterial se asocia a desprendimiento de placenta; esto hace difícil definir la etiología de la muerte fetal.

En cuanto al significado de obitos previos, se ha demostrado que una historia de nacidos muertos, ha sido bien aceptada como un factor de riesgo que aumenta la mortalidad en un embarazo subsecuente.

En 1963, British estudió la mortalidad perinatal, y reportó que una historia de muerte perinatal previa, aumenta al doble el riesgo de pérdida fetal en el embarazo siguiente, que puede terminar en óbito y/o -- parto prematuro. (6)

Se realizó un estudio por Roger Freeman y Wendy Dorchester para evaluar el significado de una historia de obitos previos entre un grupo de pacientes seguidas con pruebas de stress antepartum. Se estudiaron 308 pacientes con historia de obitos previos, en las pacientes se encontró: diabetes, hipertensión, retardo en el crecimiento intrauterino y postmadurez. Se concluyó que una historia de obitos previos incrementa el riesgo de positividad en la prueba de stress, en pacientes hipertensas, diabéticas y postmaduros. Como un diagnóstico aislado, una historia de obitos previos aumenta el riesgo de positividad en la prueba de stress; por lo tanto se considera una indicación para prueba de stress antepartum, sobre todo si el embarazo es postmaduro. (6)

En cuanto al peso de los obitos, se han realizado estudios para relacionar el peso con las causas de muerte fetal. Se estudiaron 765 obitos, fueron clasificados en : muerte por hipoxia, hemorragia antepartum, anomalías congénitas incompatibles con la vida, diabetes mellitus y casos no clasificados. La frecuencia fué de 6/1000 embarazos. Más de la tercera parte del total de obitos ocurrió en infantes con pesos de más de - - - 2 500 grs. , la mayoría fueron asociados a hipoxia. La hemorragia antepartum fué mayor en obitos menores de 1 500 grs. Las anomalías congénitas en obitos menores de 2 500 grs. Los accidentes de cordón ocurrieron en productos mayores de 2 500 grs. La postmadurez en productos mayores de - - - 2 500 grs. La hipoxia fué la causa más frecuente, y de estos lo fué el retardo en el crecimiento intrauterino. Como el diagnóstico de retardo en

el crecimiento intrauterino debe ser cínico, es una situación difícil, por lo cual se debe valorar el bienestar fetal con la estimación del volumen del líquido amniótico por ultrasonografía y se debe realizar desde el inicio del tercer trimestre. (10)

En cuanto a las compresiones de cordón, se han descrito por ultrasonido el diagnóstico de cordón oculto o comprimido por la presentación, - especialmente en las presentaciones pélvicas, y se pueden prevenir obitos por esta causa.

Se ha implementado una rutina de cuidados prenatales en el tercer trimestre para disminuir los obitos. Se enfatiza que los obitos en ésta categoría ocurren en bebés normales, sin malformaciones congénitas. Es posible mejorar los resultados en diabéticas en hipertensas mejorando los cuidados prenatales.

Aunque no todas las muertes pueden ser prevenibles, el tercer trimestre deberá ser un período de intensiva vigilancia para reducir la frecuencia de obitos. (8)

La muerte fetal durante el trabajo de parto puede ser el componente más prevenible, está disminuye especialmente en recién nacidos que han sido vigilados estrechamente durante el trabajo de parto.

Quizá no se pueda alterar el desenlace de un lactante con anomalías congénitas graves, pero pueden prevenirse muchas de las causas de muerte fetal por hipoxia, especialmente las que ocurren durante el trabajo de parto. Es importante identificar los signos iniciales de hipoxia y asfixia fetal, que pudieran evolucionar hasta la muerte. (13)

Hay que reconocer las respuestas fetales a la asfixia para poder predecir que fetos están en peligro.

La muerte puede ocurrir por la agudización de un problema preexistente en el feto que condiciona un estado de hipoxia severo, que lleva a la -- muerte fetal durante el trabajo de parto. También se puede presentar en un embarazo que ha cursado aparentemente sin complicaciones.

La primera posibilidad antes mencionada, hace suponer la existencia de un cuadro conocido como sufrimiento fetal crónico, el cuál se agudiza durante el trabajo de parto.

La segunda pasa directamente al cuadro conocido como sufrimiento fetal agudo y siempre se relaciona exclusivamente con el trabajo de parto.

Hay diversas causas que pueden condicionar la muerte fetal: malformaciones congénitas que durante el curso del embarazo no sufrieron descompensación severa y que durante el trabajo de parto, la hipoxia producida por la contracción uterina llega a condicionar esta descompensación y lleva a la muerte del producto.

Factores predisponentes.

Retardo en el crecimiento del cráneo fetal por radiaciones, tabaquismo materno durante el embarazo, insuficiencia placentaria por patología materna durante la gestación (toxemia), embarazo prolongado el cuál condiciona insuficiencia placentaria funcional, pues mientras el producto aún tiene requerimientos nutricionales relacionados con su crecimiento, la placenta a iniciado su envejecimiento, de este modo, durante el trabajo de parto las alteraciones circulatorias entre útero y placenta pueden producir muerte fetal. (13)

Una causa frecuente es la interrupción de la circulación materno fetal por presencia de círculos de cordón umbilical, las cuales permanecen asintomáticas durante el desarrollo del embarazo, y que durante el

trabajo de parto (especialmente en el expulsivo) presenta una compresión mayor y produce muerte fetal. Una situación semejante se presenta en casos de procúbito y prolapso.

La desproporción cefalopélvica también es causa de muerte fetal durante el trabajo de parto, ya que condiciona traumatismo craneano con hemorragia intracraneal. Esta causa de muerte solo se presenta cuando no se ha hecho una buena valoración clínica de la relación entre los diámetros craneanos del feto y los de la pelvis materna al inicio del trabajo de parto.

Otra causa es la aparición del sangrado importante durante el trabajo de parto. Esto generalmente es secundario a placenta previa que permaneció asintomática durante todo el embarazo, esto generalmente se observa durante la toxemia o evacuación rápida de polihidramnios.

Una buena vigilancia durante el trabajo de parto, disminuirá la frecuencia de muerte fetal intraparto.

En diversos estudios se ha observado que la muerte fetal intraparto disminuye al aumentar el monitoreo fetal electrónico. También se ha observado un aumento de la operación cesárea debido a una mayor compresión de los cambios en la frecuencia cardíaca fetal durante el trabajo de parto en los fetos comprometidos . (5)

Una de las respuestas iniciales del feto a la asfixia, es un cambio en el flujo sanguíneo. Hay un aumento del flujo sanguíneo a órganos vitales como: encéfalo, corazón y placenta; sacrificando otras áreas como riñón, pulmón, extremidades y circulación mesentérica.

Una respuesta adicional es el aumento de la presión arterial fetal, con la disminución concomitante de la frecuencia cardíaca fetal. Hay un retraso de 5 a 6 minutos entre el inicio de la hipoxia y estos cambios.

Los cambios en la frecuencia cardiaca fetal producidos por la hipoxia y la asfixia son muy complejos. Aunque se a descrito una taquicardia inicial, el principal efecto de la asfixia sobre la frecuencia cardiaca es la bradicardia, se piensa que es una respuesta mediada por el vago. Las desaceleraciones y la bradicardia durante el trabajo de parto, se relacionan con las contracciones uterinas. La hipoxia es la principal causa de estos cambios. Otro cambio en la frecuencia cardiaca fetal relacionado con la hipoxia es la pérdida de la variabilidad. La variabilidad en periodos-cortos desaparece en forma relativamente precoz en respuesta a la asfixia. Esto también puede ser el efecto de una hipoxia crónica leve a moderada. (13)

La asfixia prolongada puede tener efectos patológicos permanentes.

La asfixia leve no ocasiona daño cerebral aparente, la grave, causa la muerte poco después del nacimiento por daño miocárdico.

La muerte fetal durante el parto es rara en la actualidad.

Este logro se debe al amplio uso de la vigilancia fetal electrónica continua de la frecuencia cardiaca fetal. Al empezar la utilización del monitoreo fetal electrónico, la muerte fetal durante el parto era más frecuente. Gran parte del conocimiento actual sobre los patrones de la frecuencia cardiaca fetal antes de la muerte durante el trabajo de parto, provienen de esta experiencia inicial. Gracias a esto, ahora es improbable que se observe como evolucionan los patrones predictivos de la muerte fetal inminente. No obstante, las pacientes pueden ingresar con datos de sufrimiento fetal extremo. (13)

La hipoxia fetal que da origen al sufrimiento fetal intenso, puede y debe identificarse en forma temprana con el uso de la vigilancia fetal durante el parto. Si esto se identifica con rapidez y se instituyen las medidas apropiadas, pueden evitarse la muerte fetal intrauterina en un feto

por lo demás normal. Cetrulo y Schifrin han dicho "los fetos dentro del útero no fallecen rápidamente, súbita o inesperadamente, sino que al valorar en forma más estrecha y precisa la frecuencia cardíaca fetal omninosos".

En un estudio realizado en cuanto al nivel de cuidados intensivos - materno-fetales, colocándose a las pacientes en el tercer nivel de atención: el tercer nivel con unidades que pueden proveer todos los cuidados necesarios para embarazos complicados. Segundo nivel, capaz de proveer un amplio rango de servicios maternos para embarazos no complicados y la mayoría de complicados. El primer nivel provee servicios en embarazos no complicados. Se observó que los cuidados intensivos perinatales son efectivos en la disminución de la muerte fetal Intraparto, y esta tiene diferentes características epidemiológicas. Por ejemplo: una alta paridad -- está frecuentemente relacionada con muerte fetal Intraparto, pero no tiene relación con la muerte en las primeras cuatro horas de nacimiento. La raza está asociada con muerte neonatal en las primeras cuatro horas (negros mayor mortalidad). Además la mortalidad fetal Intraparto se encuentra asociada con la edad gestacional, paridad, estado marital, tipo de servicio: público o privado, pérdidas fetales anteriores y peso al nacer. (8)

Diagnóstico.

Diagnóstico de muerte fetal antes del parto: la sospecha de muerte fetal después de la semana 20 de embarazo, pero antes del inicio del trabajo de parto, de ordinario se hace en el consultorio médico. La paciente menciona que no ha sentido movimientos fetales, o que estos han disminuido en los últimos días. Los movimientos fetales in útero son una expresión de bienestar fetal. Así el manejo de los movimientos fetales por la

mujer puede por sí mismo ser una condición útil de monitoreo fetal, especialmente en embarazos de alto riesgo. La disminución de los movimientos fetales es considerada como una expresión de distress fetal y disfunción de la unidad feto-placentaria. Se ha visto que el distress fetal crónico precede a la muerte fetal. (13)

Se han dado múltiples definiciones de disminución de los movimientos fetales como índice de bienestar fetal: MAS, movimientos como signo de alarma (record de movimientos fetales diarios), menos de 3 o una completa cesación de los movimientos fetales en 12 horas. La anterior fue la definición mejor aceptada en la predicción de obitos, presencia de líquido meconial, patología de la frecuencia cardiaca fetal durante el trabajo de parto. (14)

El examen del obstetra con el fetoscopio o Doppler no detecta tonos cardíacos aunque se habían detectado en revisiones previas. El diagnóstico provisional de muerte fetal puede establecerse junto con una complicación médica y obstétrica reconocida (ejemplo: diabétes, hipertensión), o puede ocurrir en forma inesperada en lo que se consideraba un embarazo aparentemente normal. El medio auxiliar más importante para confirmar el diagnóstico es la imposibilidad para detectar latido fetal con el fetoscopio y el ultrasonido de tiempo real. En la actualidad los medios radiográficos para diagnóstico de muerte fetal apenas llegan a ser algo más que de interés histórico. Se han llegado a describir más de 20 signos radiológicos de muerte fetal, en todos estos se requiere que la muerte haya ocurrido cuando menos 6 días antes del estudio radiológico. Estos medios dependen de la presencia de gas en el interior del feto, o la presencia de maceración, como la angulación vertebral o la superposición de los huesos del cráneo.

El líquido amniótico en caso de muerte fetal intrauterina, frecuentemente tiene un color oscuro, los valores de creatinofosforinasa se encuentran muy elevados. En la actualidad la evaluación del líquido amniótico y el examen radiográfico del abdomen materno desempeñan un papel reducido. Hasta la fecha no se tiene un método que indique con exactitud el momento de la muerte fetal. Las siguientes alteraciones sobre estos cambios son relativas: aparición de coloración rojo parduzco de la piel al cabo de 1 a 1:30 hrs. coloración rojo violácea periumbilical al cabo de 6 hrs. formación de colección serohemática entre la dermis y la epidermis a las 9 horas; descamación cutánea después de 12 horas. La autólisis de órganos ocurre más tarde, principalmente a nivel de cerebro e hígado. (13)

Tratamiento de la muerte fetal antes del parto.

El tiempo que transcurre desde la muerte fetal in útero hasta la iniciación del trabajo de parto, depende tanto de la causa de la muerte fetal como de la duración de la gestación. El 80 % de las mujeres tendrá trabajo de parto en un plazo de 2 semanas, y sólo el 10 % no habra expulsado el producto en un plazo de 3 semanas después de la muerte del feto.

La retención prolongada del feto causa problemas de la coagulación. Puede producirse hipofibrinogenemia secundaria a coagulación intravascular diseminada, que produce la aparición de tromboplastina decidua o fetal en la circulación materna. Para que esto tenga significado clínico, el embarazo debe tener por lo menos 16 semanas y la muerte fetal debe haber ocurrido por lo menos 5 semanas antes. Al ocurrir esto, el 25-50 % de las pacientes presentarán coagulación intravascular diseminada. El fibrinógeno disminuye lentamente, pero las pacientes no tienen problemas a menos que sus concentraciones sean menores de 150 mg/dl. Es necesario --

tener conciencia del potencias de deterioro de la coagulación. Se establecen estudios de la línea base) de la coagulación: tiempo de protombina, tiempo parcial de tromboplastina, fibrinógeno, recuento sanguíneo con recuento de plaquetas. (13)

Hay 5 opciones terapéuticas disponibles para el tratamiento de la muerte fetal antes del parto:

- 1.- Expectación: las ventajas de este procedimiento es que todas las mujeres pronto entrarán en trabajo de parto. Las desventajas son la posible hipofibrinogenemia y lo que es más importante, la carga emocional para la paciente que trae consigo un feto muerto. En general no se recomienda la terapéutica de expectación.
- 2.- Intervención quirúrgica: cuando el tamaño del útero es menor que una gestación de 15-16 semanas, se realiza raspado por aspiración, o dilatación y evacuación. Si el útero es mayor, se usa solución salina hipertónica intraamniótica, oxitocina intravenosa, prostaglandina E2 intravaginal y laparatomía. La laparatomía es poco común, a menos que se trate de un embarazo abdominal, o que la paciente tenga una cesárea previa por desproporción cefalopélica y que el tamaño del feto muerto sea excesivo.
- 3.- Solución salina hipertónica: la ventaja es su eficacia. En la mayoría el parto se produce dentro de 24 horas. Si no sucede se administra oxitocina intravenosa. Una desventaja teórica es la posibilidad de deterioro de la coagulación. Otra desventaja es la posibilidad de escape de solución hipertónica del saco amniótico a la circulación materna en presencia del feto muerto. Esto es raro y la colución se aplica estando la paciente despierta para -- identificar algún escape vascular inadvertido.
- 4.- Oxitocina intravenosa: es inocua y tiene la ventaja de ser amplia

mente conocida. Una de sus desventajas es una insensibilidad uterina en la gestación temprana, y se ha relacionado con intoxicación por agua, esto es un problema serio cuando se administra en una solución libre de electrolitos por muchas horas. También la ruptura uterina es un riesgo de la administración de oxitocina.

- 5.- Prostaglandina E2 intravaginal: es un método eficaz y la actividad uterina es efectiva. La desventaja de las tabletas vaginales es que aún no se conoce los riesgos en toda su extensión. Se recomiendan tabletas de 20 mg. una cada 6 horas.

DIAGNOSTICO DE MUERTE FETAL DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

El diagnóstico se hace cuando no pueden auscultarse los latidos cardíacos con el Doppler. Esto generalmente se produce en el contexto de una complicación obstétrica que constituye la explicación obvia de la muerte, por ejemplo: ruptura de membranas, prolapso del cordón umbilical, desprendimiento prematuro de placenta.

La falta de tonos cardíacos fetales puede conformarse colocando un -- electrodo sobre el feto. La actividad eléctrica cardíaca materna puede -- transmitirse a través del feto muerto. El peligro de esta situación es que se interprete una frecuencia cardíaca fetal de 80 latidos por minuto y to-- marse como un sufrimiento fetal, y precipitar una operación cesárea para obtener un feto muerto macerado. Para corroborar que la frecuencia trans-- mitida es la materna, se palpará simultáneamente el pulso materno y se inducen maniobras como retención de la respiración para variar la frecuen-- cia cardíaca materna. (9)

Tratamiento de la muerte fetal durante el trabajo de parto:

En las muertes fetales durante el trabajo de parto, este ha de conti-- nuar hasta que se logre la extracción del feto.

El parto debe lesionar lo menos posible a la madre.

El parto vaginal es el objetivo. Sin embargo puede haber alguna cir-- cunstancia que indique operar de urgencia, como sería: prolapso de cor-- dón con pérdida del latido cardíaco fetal en el momento en que casi se -- completa la preparación para la operación cesárea. Esto se basa en que el neonato nacerá unos cuantos minutos después de la pérdida de los to-- nos cardíacos y se puede lograr la reanimación de este. Solo se realiza-- rá la operación cesárea si para la extracción del producto no pasarán más de 5 minutos de que cesaron los tonos cardíacos.

En estos casos se deben modificar los criterios como el uso de fórceps y el parto vaginal en fetos en presentación násgas. Aquí la única paciente es la madre, ya que el feto no tiene oportunidad alguna.

En algunos casos como la desproporción cefalopélvica, la placenta previa la operación cesárea puede ser la mejor opción, aún en casos de feto muerto, ya que es mejor esto a la ruptura uterina o una hemorragia materna grave. (1) (2) (3) (11)

En una mujer con desprendimiento prematuro de placenta, de acuerdo a las condiciones de la coagulación será el tratamiento elegido, ya que si ésta se encuentra alterada lo mejor es administrar oxitocina y transfusión sanguínea que someter a la paciente a una intervención quirúrgica con un mecanismo de la coagulación alterada. En el feto hidrocefálico está indicada la cefalocentesis y el parto vaginal. En un producto con situación transversa, con trabajo de parto y 7 cm. de dilatación, lo más indicado sería realizar una versión para convertir la posición transversa en presentación polar. Es posible que haya lugar para otros procedimientos considerados como parte de la obstetricia arcaica.

En cuanto a la situación de los padres en cuanto al producto, lo mejor, o más indicado sería que los padres vean a su hijo muerto. Esto ayuda a confirmar la realidad de la muerte. (13)

Aunque nunca es fácil la situación, las decisiones terapéuticas son directas. La situación es más complicada cuando la muerte fetal ha ocurrido antes del trabajo de parto.

OBJETIVOS

El principal objetivo es conocer la incidencia de muerte fetal intrauterina en nuestro Hospital. Reconocer el o los factores que pudiesen estar relacionados en forma directa o indirecta con la muerte fetal intrauterina; y una vez identificados estos factores, protocolizar un método de seguimiento y prevención en las pacientes de mayor riesgo de presentar una muerte fetal intrauterina.

JUSTIFICACION

Uno de los peores acontecimientos que puede experimentar la mujer durante la gestación, es aquél en el que se enfrenta a la contingencia de la muerte fetal intrauterina; y es aquí donde adquiere una verdadera justificación nuestro trabajo. Cuál o cuales son los factores involucrados en la génesis del problema. Su oportuna identificación darán como resultado una disminución en su incidencia, la cual directamente redundará en grandes beneficios tanto a la madre gestante, como a la institución y -- nuestro país.

MATERIAL Y METODOS

Se llevó a cabo en el Hospital General Tacuba I.S.S.S.T.E., en el -- Servicio de Ginecología y Obstetricia, un estudio longitudinal, prospectivo y abierto, de todas aquellas pacientes que cursan con muerte fetal intrauterina y con embarazo mayor de 20 semanas, en el período comprendido del 10. de noviembre de 1986 al 10. de agosto de 1987.

RECOLECCION DE DATOS:

- 1.- Edad materna
- 2.- Número de gestaciones, partos, abortos y cesáreas; uso de anticonceptivos.
- 3.- Antecedentes de obito: sí o no.
- 4.- Edad gestacional al momento de la muerte fetal intrauterina.
- 5.- Enfermedades intercurrentes:
 - a).- Toxemia
 - b).- Diabetes gestacional.
 - c).- Urosepsia.
 - d).- Cardiopatías descompensadas.
 - e).- Implantación anormal de la placenta.
 - f).- Otras.
- 6.- Enfermedades previas al embarazo
 - a).- Hipertensión Arterial.
 - b).- Urosepsis.
 - c).- Cardiopatías.
 - d).- Miomatosis
 - e).- Otras

7.- Sintomatología por la que acude

8.- Medio socioeconómico.

9.- Control prenatal: sí ó no.

CRITERIO DE INCLUSION.- Paciente gestante que presente muerte fetal intrauterina y con embarazo mayor de 20 semanas.

CRITERIO DE EXCLUSION.- Pacientes con embarazo menor de 20 semanas .

CRITERIO DE ELIMINACION.- Ninguno.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Durante el período de estudio se recopilaron 27 pacientes problema que acudieron al servicio de Admisión de Ginecología y Obstetricia presentando muerte fetal intrauterina y con embarazo mayor de 20 semanas. Además se recopilaron 27 pacientes al azar como grupo testigo.

1.- Edad promedio de las pacientes.

	Grupo Problema	Grupo Testigo
Edad	27.4 años	26.2

2.- Antecedente de abortos en embarazos anteriores.

	Núm.	%
Grupo Problema	9	33.3
Grupo Testigo	7	25.9

3.- Antecedentes de anticoncepción.

	Orales	DIU	Depósito	Sin Control
Grupo Problema	8 (29.6%)	3 (11.1%)	3 (11.1%)	13 (48.1%)
Grupo Testigo	4 (14.8%)	3 (11.1%)	1 (3.7%)	19 (70.3%)

4.- Antecedentes de obitos en embarazos anteriores.

	Núm.	%
Grupo Problema	3	11
Grupo Testigo	1	3.7

5.- Paridad y Obito.

Núm. de Embarazos	Grupo Problema	Grupo Testigo
Primigesta	7 (2%)	9 (34%)
2 a 3 Embarazos	11 (41%)	14 (51%)
4 o más Embarazos	9 (33%)	4 (15%)

6.- Control prenatal y obito,

	Con Control	Sin Control
Grupo Problema	25 (92.5%)	2 (7.5%)
Grupo Testigo	25 (92.5%)	2 (7.5%)

7.- Alteraciones en los movimientos fetales.

	Disminuciones	Ausencia	No lo Refleren
Grupo Problema	17 (63%)	6 (22.2%)	4 (14.8%)
Grupo Testigo	6 (22.2%)*	-----	-----

* Todos durante el trabajo de parto .

8.- Trimestre del embarazo en que se presentó la muerte fetal.

	Primer Trimestre	Segundo Trimestre	Tercer Trimestre
Grupo Problema	-----	2 (7.5%)	25 (92.5%)

9.- Obito y antecedente de ruptura de membranas.

Se encontró en 5 casos (18,5%), éste antecedente, fluctuando la ruptura entre 3 horas y 8 días, sin datos de corioamniotitis.

En el grupo testigo se encontró el antecedente de ruptura en 8 pacientes (29.6%), fluctuando entre 30 minutos y 16 horas, sin datos de corioamniotitis.

10.- Obito y hemorragia transvaginal.

Este antecedente se encontró en el grupo problema en un solo caso (3.7%), el cual fué debido a placenta previa sangrante.

En el grupo testigo no se encontró este antecedente.

11.- Momento en que fallece el producto.

	Preparto	Transparto
Grupo Problema	24 (89%)	3 (11%)

12.- Sexo de los obitos.

En el grupo problema, los productos masculino fueron 15, que corresponden a 55.5%, los productos femeninos 12 (44.5%).

En el grupo testigo, los productos masculinos fueron 12, que corresponden a (44.4%), los femeninos 15 (55.5%).

13.- Obitos y malformaciones.

Se encontró malformaciones externas en 4 obitos, (15%), siendo todas dependientes del SNC.

En el grupo testigo no se encontraron malformaciones.

14.- Obito y compromiso de cordón.

Se encontró compromiso de cordón en 5 casos (18,5%), como circular de cordón al cuello apretado, siendo esta la causa de la muerte.

En el grupo testigo, no se encontraron estas alteraciones.

15.- Vía de extracción.

En el grupo problema, los obitos que se obtuvieron por vía vaginal fueron 21 (78%), por vía abdominal 6(22%).

En el grupo testigo, los productos obtenidos por vía vaginal fueron 21 (78%), por vía abdominal 6(22%).

16.- En cuanto al peso de los productos, en el grupo problema se encontró una mayor frecuencia en productos con peso de 2.500 Kgs. o más.

Menos de 1500 grs.	5	18.5%
1500 grs. a 2499 grs.	6	22.2%
Más de 2499 Kgs.	16	59.2%

En el grupo testigo el peso de los productos osciló entre 2.000 Kgs. a 3.780 Kgs.

17.- Antecedente de actividad uterina.

En el grupo problema se encontró actividad uterina en 18 pacientes (66.6%), y solo 9 pacientes no la presentaron (33.4%).

En el grupo testigo, se encontró actividad uterina en 24 pacientes (88%), todas se encontraban en trabajo de parto.

18.- Enfermedades intercurrentes.

En el grupo problema se encontró placenta previa en una paciente (3.7%). Urosepsia en 3 (11%). Polihidramnios en una paciente (3.7%). Preclamsia en una paciente (3.7%)

En el grupo testigo, se encontró preclamsia severa en una paciente (3.7%). Amenaza de parto inmaduro en una paciente (3.7%).

CONCLUSIONES

- 1.- La edad promedio de las pacientes, tanto del grupo estudiado como del grupo testigo se sitúa principalmente en la tercera década de la vida.
- 2.- En relación al antecedente de obito en embarazos anteriores, no hubo una diferencia estadísticamente significativa tanto en el grupo problema (3 casos-11%), como el grupo testigo (1 caso-3.7%).
- 3.- Dentro de nuestro estudio, encontramos que el trimestre en que principalmente se presentó la muerte fetal, fué en el tercer trimestre (92.5%).
- 4.- El momento en que fallece el producto; encontramos que fué más frecuente en el parto o sea durante el curso de la gestación (89%), que durante el trabajo de parto (11%).
- 5.- En cuanto al sexo de los obitos, no existe una diferencia estadísticamente significativa para algún sexo en especial, tanto para el grupo problema como para el grupo testigo.
- 6.- Dentro del grupo problema encontramos una incidencia de malformaciones congénitas importantes (15%), afectando principalmente al S.N.C.; en comparación con el grupo testigo, donde no detectamos ningún caso de malformaciones congénitas.
- 7.- En lo que respecta al hallazgo de circular de cordón apretado al cuello, como causa de muerte fetal, encontramos 5 casos (18.5%) dentro del grupo problema.
- 8.- No encontramos diferencias estadísticamente significativas entre el grupo problema y el testigo, en relación al antecedente de aborto en embarazos previos.
- 9.- Igualmente no encontramos diferencias estadísticas importantes en relación al antecedente de anticonceptivos y muerte fetal, tanto para el grupo control, como para el grupo testigo.

10.- Por Último, en lo que se refiere a la alteración en los movimientos fetales, resulta que la disminución y/o ausencia de los mismos resultaron ser estadísticamente significativos en el grupo control - - - (85.2%), comparativamente con el grupo testigo, que solo fué del 22%.

Por lo tanto, la conclusión más importante de este trabajo, es la importancia que revisten los movimientos fetales como indicador de bienestar fetal.

De esta manera nuestra vigilancia debe ir sobre todo dirigida hacia el último trimestre del embarazo, que es cuando se presentan la mayoría de las muertes fetales, dar una vigilancia más estrecha durante el control pre-natal a las pacientes que consideremos que presentan un mayor riesgo de presentar muerte fetal intrauterina, o que ya no han referido alteraciones en los movimientos fetales, y quizá de esta manera podamos detectar y - alterar oportunamente un desenlace fatal.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- A.M.H.G.O. No. 3, I.H.S.S.
Ginecología y Obstetricia.
Edit. Méndez Oteo, 1985.
- 2.- Cavanagh
Urgencias Obstétricas.
Salvat Editores, 1982
- 3.- Danforth.
Tratado de Ginecología y Obstetricia. 4a. edición.
Edit. Interamericana. 1987
- 4.- Davies and Arroyo
The importance of primary diagnosis in perinatal death.
Am. J. Obstet Gynecol. 1985; 152: 17-23.
- 5.- Erkkola et al.
Analysis of Intrapartum fetal deaths: their decline with increasing
electronic fetal monitoring.
Acta Obstet Gynecol Scand. 1984;63:459-462.
- 6.- Freeman et al.
The significance of a previous stillbirth.
Am J Obstet Gynecol. 1985;151:7-13.
- 7.- Dexeus.
Tratado de Obstetricia. Volúmen I.
Editorial Salvat 1982.
- 8.- Kiely, Paneth and Susser.
Fetal death during labor: An epidemiologic indicator of level of
obstetric care.
Am J Obstet Gynecol 1985; 153:721-727.
- 9.- McWhinney et al.
Transmission of the maternal electrocardiograph via a fetal scalp
electrode in the presence of intrauterine death. Case report.
British Journal of Obstetrics and Gynecology.
October 1984;91:1046-1048.
- 10.- Morrison and Olsen.
Weight-specific stillbirths and associated causes of death:
An analysis of 765 stillbirths.
Am J Obstet Gynecol 1985;152:975-980.
- 11.- Williams.
Obstetricia.
Salvat editores 1985

- 12.- Sutherland,
Unexplained stillbirth
The Lancet, January, 1987;227-228
- 13.-Zlatnik.
Actualización sobre cirugía obstétrica: Tratamiento de la muerte fetal.
Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. Vol. 2 1986
- 14.- Sadovsky et al.
The definition and the significance of decreased fetal movements.
Acta Obstet Gynecol Scand, 1984:459-462.
- 15.- Jose' M. Carrera Macía.
Protocolos de Obstetricia y Medicina Perinatal.
Salvat editores- 1986.