

11217

55
Lej

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA DIVISION DE POSGRADO

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES DEL
ESTADO
HOSPITAL REGIONAL 1o. DE OCTUBRE

"MORTALIDAD FETAL"

EN EL HOSPITAL REGIONAL 1o. DE OCTUBRE

TESIS DE POSTGRADO PARA
OBTENER EL TITULO DE LA ESPECIALIDAD EN

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

QUE PRESENTA

DRA. LETICIA PAZ HERNANDEZ

MEXICO, D.F.

1997

TESIS CON
FACLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

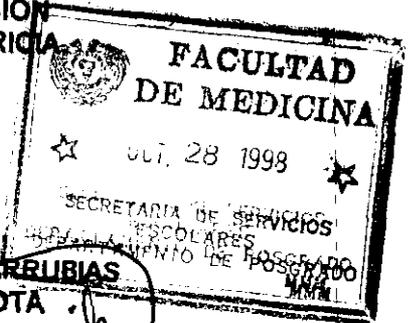
NOMBRE DEL TRABAJO DE INVESTIGACION

"MORTALIDAD FETAL"
EN EL HOSPITAL REGIONAL 1o. DE OCTUBRE

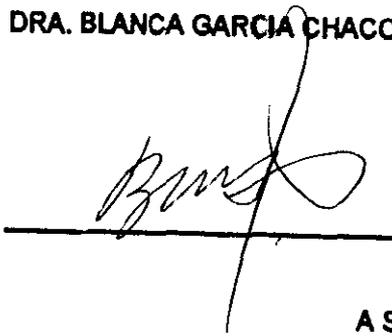
DR. JULIAN COVARRUBIAS DE LA MOTA



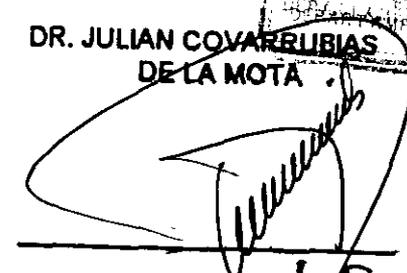
PROFESOR TITULAR EN EL CURSO DE ESPECIALIZACION
Y COORDINADOR DEL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA
DEL HOSPITAL REGIONAL 1o. DE OCTUBRE



DRA. BLANCA GARCIA CHACON

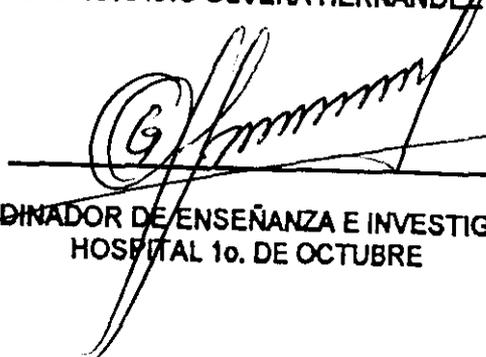


DR. JULIAN COVARRUBIAS
DE LA MOTA

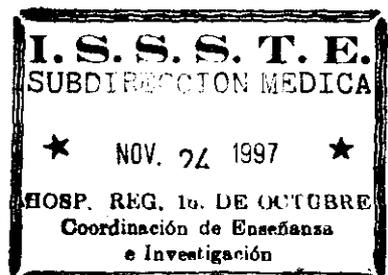


ASESORES DE TESIS

DR. HORACIO OLVERA HERNANDEZ



COORDINADOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
HOSPITAL 1o. DE OCTUBRE



RESUMEN

Objetivo: analizar la mortalidad fetal de la segunda mitad del embarazo y su relación con la atención prenatal en el Hospital Regional 1o. de Octubre del ISSSTE, en el periodo de julio de 1995 a julio de 1996.

Material y métodos: estudio retrospectivo, transversal. La información se obtuvo de las libretas de defunciones del Servicio de Patología y de la Dirección y del cuestionario de muerte perinatal.

Resultados: se atendieron 3,564 nacimientos, de los cuales 42 fueron casos de muerte fetal, lo que originó una tasa de mortalidad fetal de 12.6 x 1000 nacimientos. El 60% de los casos ocurrió en madres de 31 a 40 años de edad. El 71% recibió un número insuficiente de consultas de control prenatal, únicamente el 17% fue atendido por médico especialista. El 62% fue pretérmino. En el 64% la muerte fetal ocurrió antes del trabajo de parto, 14% durante el trabajo de parto y 22% en transparto. El 26% tuvo bajo peso para la edad gestacional, el 38% pesó menos de 1,500 grs., el 31% entre 1,501 y 2,500 grs. y el 31% entre 2,501 y 3,500 grs. En el 31% se realizó cesárea.

Las principales causas de muerte fetal fueron: insuficiencia placentaria (38%), circular de cordón (23%), hemorragias placentarias (17%), malformaciones congénitas (5%) y no identificadas (17%).

El 91% de las gestantes presentaron alguna complicación durante el embarazo.

Conclusiones: la mortalidad fetal es un reflejo fiel de la calidad de atención prenatal. Por lo cual, es necesario iniciar control prenatal temprano por médico capacitado para identificar embarazos de alto riesgo. El cual deberá apoyarse en historia clínica y carnet perinatal, con un mecanismo expedito entre los diversos niveles de atención, manteniendo vigilancia continua de la paciente hasta su llegada al hospital, que deberá contar con la infraestructura apropiada para su atención.

S U M M A R Y

Objetivo: to analyze the fetal mortality that is present in the second part of pregnancy, and whit its attention to the prenatal care at the Hospital Regional 1o. de Octubre, ISSSTE, covering the period from July 1995 to July 1996.

Methods and materials: an retrospective, transversal study. This information was adquired from the death control data services of the Patology and from the Administration, and of the questionnaire of the perinatal death.

Results: to assist 3,564 deliveries (new borns) from which only 42 were cases of fetal death, this originated a rate of fetal mortality of 12.6 x 1000 births. The 60% of the cases occurred in mothers with ages 31 to 40 years old. The 71% recived an insufficient number of appointments of prenatal care, only the 17% was taken care of throw medical specialist. The 62% was declared preterm. The 64% the fetal death occurred before labor, 14% during labor and 22% during the term. The 26% had low weigth for the age gestational. The 35% weighed less than 1,500 gm., the 31% between 2,500 and 3,500 gm. In the 31% was cesarian.

The main causes of fetal death were: placental insufficiency 38%; cord circulate 23%; placental hemorrhages 17%; congenital malformations 5%; were not identify 17%. The 91% of the woman presented some complication during pregnancy.

Conclusions: the fetal mortality its a real case of not well prenatal care. Is necessary initiale an early prenatal control by medical competent for identify pregnancies of high risk. Whom should be based in clinical history and perinatal bank book, with a mechanism expedition between the diferente levels of attention, with continuos care of the pregnancy woman until her arrival to hospital; whom should have the apropiate infrastructure for his attention.

INTRODUCCION

El concepto de mortalidad perinatal se define como la suma de fetos nacidos muertos más el número de muertes neonatales tempranas por cada 1000 nacimientos. (1).

La muerte neonatal temprana se refiere a la muerte de un recién nacido durante los primeros 7 días de vida extrauterina. (1).

La mortalidad fetal en los Estados Unidos es al rededor de la mitad de la mortalidad perinatal, lo que se ha mantenido en varias décadas: (1)

Década	Mortalidad perinatal	Mortalidad fetal	Mortalidad neonatal
1950	39.7	19.2	20.5
1960	34.8	16.1	18.7
1970	29.3	14.2	15.1
1980	17.7	9.2	8.5

Se consideran tasas óptimas de mortalidad perinatal al rededor de 10 x 1000 nacimientos. (2).

Las cifras de mortalidad general dan una idea de la magnitud del problema. Es necesario conocer cuáles son las causas de mortalidad, siendo precisos en la elaboración de certificados de defunción y realizando las autopsias, para detectar los problemas de salud, y de acuerdo con ello, planificar las estructuras médico-familiar, económica y social.

Las embarazadas que reciben una asistencia prenatal inadecuada corren el riesgo de sufrir complicaciones perinatales. Para conseguir una asistencia de calidad se necesitan profesionales competentes y una coordinación de servicios entre las consultas médicas, las clínicas y los hospitales de asistencia terciaria. (3).

En los últimos tiempos las muertes fetales intraparto han descendido más que las anteparto, lo que refleja una vigilancia más estrecha durante el trabajo de parto. (3 y 4).

Los factores que intervienen en la mortalidad perinatal se deben considerar desde el periodo preconcepcivo. Es necesario que la madre goce de salud físico-mental, y de ser necesario se le apliquen inmunizaciones contra rubéola y tétanos, sobre todo si vive en medio rural. Asimismo, no se debe olvidar que los niveles cultural y nutricional y la preparación mental hacia la actividad procreativa también son factores determinantes en la mortalidad perinatal.

Durante el embarazo pueden intervenir factores, que desde el momento de la concepción, por aberraciones cromosómicas o por mutaciones genéticas, constituyen una causa de muerte fetal temprana o intermedia. Entre los factores que pueden lesionar precozmente al cigoto se encuentran medicamentos y enfermedades infecciosas que pueden afectar por presencia de microorganismos en el feto, por toxinas o por efectos sistémicos en la madre que interfieren en la homeostasis del feto. Algunas enfermedades con repercusión altamente significativa son: rubéola, citomegalovirus, sífilis y toxoplasma. (5).

Las radiaciones se consideran perjudiciales cuando se reciben en el primer trimestre y rebasan los 10 rads; en 5 rads el riesgo es mínimo. (6).

La coexistencia de embarazo con enfermedad hipertensiva o con diabetes mellitus incrementa la morbimortalidad, encontrándose que en la segunda la mortalidad se incrementa 3 veces más que en las embarazadas no diabéticas. Existe repercusión en el lecho vascular placentario, así como otras alteraciones de tipo metabólico, siendo lo más frecuente que se asocie a macrosomía (17%) con incidencia 6-7 veces mayor que la población en general. (5,7). La diabetes mellitus causa principalmente muertes fetales intrauterinas y mayor incidencia de malformaciones congénitas (20%). (8).

En la toxemia gravídica el principal factor de agresión al feto es la mala perfusión útero-placentaria que da lugar a retardo en el crecimiento intrauterino, cuando la hipoxia es prolongada y severa puede ocurrir muerte fetal. Se considera que la mortalidad perinatal asociada a toxemia es de aproximadamente 9.5% y en eclampsia se eleva hasta 25%. (9).

La prematurez es la causa aislada más frecuente de muerte perinatal, entre más corta la edad gestacional y menor peso, mayor es la mortalidad, siendo de 650 en 1000 para niños entre 500 y 1000 grs., en tanto que disminuye a 400 x 1000 para niños con pesos de 1000 a 1500 grs. Los productos pretérmino tienen mayor incidencia de bajo peso para su edad gestacional, lo que agrava su pronóstico y aumenta la probabilidad de muerte perinatal. Las complicaciones de muerte más frecuentes son las relacionadas al trabajo de parto (trauma obstétrico e hipoxia), las debidas a inmadurez orgánica (principalmente pulmonares) y las debidas a la causa desencadenante de trabajo de parto, como infecciones, malformaciones congénitas, embarazo múltiple y presentaciones anormales. (10).

Considerando estos hechos, es indispensable detectar oportunamente factores de riesgo para parto pretérmino y establecer tratamientos tocolíticos oportunos, de inducción de madurez pulmonar y los encaminados a tratar las causas desencadenantes de trabajo de parto.

Las infecciones agudas pueden afectar al feto precozmente o en forma tardía, repercutiendo directamente sobre el producto o desencadenando trabajo de parto pretérmino, lo que aumenta la morbimortalidad fetal.

El tabaquismo se asocia a productos de bajo peso con mayor morbimortalidad perinatal.

Dentro de los factores obstétricos de riesgo que se asocian con incremento de la mortalidad perinatal se encuentran: edad reproductiva

mayor de 35 años, primíparas, grandes multiparas, antecedente de abortos de repetición, de muertes perinatales y antecedentes de enfermedades cardiovasculares, renales o endócrinas. (4).

Las hemorragias durante la primera mitad del embarazo o durante la segunda mitad (inserción baja de placenta, desprendimiento de placenta normoinsera) aumentan la mortalidad fetal. (11). Lo mismo ocurre con los embarazos múltiples, encontrándose que en éstos existe mayor mortalidad en segundos gemelos y en gemelos monocoriales; además, cuando el control prenatal no es el adecuado, la mortalidad fetal se incrementa hasta 22%. (12 y 13).

La isoimmunización materno fetal, tanto del sistema Rh como el sistema ABO, es un factor de alto riesgo que requiere identificación temprana y manejo perinatal adecuado, desde la prevención hasta el tratamiento (transfusión in utero, interrupción del embarazo y exanguineotransfusión al recién nacido).

La anemia ferropriva con cifras de menos de 6 grs./100 ml. de hemoglobina se asocia con incremento de mortalidad, y la anemia moderada de 6 a 10 grs./100 ml. se asocia con crecimiento retardado in utero. (10).

Las malformaciones congénitas se asocian a muerte perinatal de 10 a 20%. (4).

Los embarazos en madres solteras asociados con medio hostil para el feto, sobre todo cuando no son deseados, también aumentan la morbimortalidad. (5)

La vigilancia estrecha de trabajo de parto, la utilización de monitoreo fetal y de medios bioquímicos o biofísicos para valorar el estado fetal ayudan a detectar oportunamente sufrimientos fetales, rupturas prematuras de membranas, desproporciones cefalopélvicas, distocias de

partes blandas y la detección oportuna de complicaciones, con lo cual se disminuye la morbimortalidad fetal.

OBJETIVOS

1. Analizar la mortalidad fetal de la segunda mitad del embarazo y relacionarla con el control prenatal en pacientes que terminaron su gestación en el Hospital Regional 1o. de Octubre del ISSSTE.

1.1 Determinar tasa de mortalidad fetal.

1.2 Determinar el número de casos y porcentajes de muertes fetales en relación con:

Edad de la madre.

Paridad.

Control prenatal (número de consultas recibidas durante el embarazo y atención recibida por especialista o no especialista).

Edad gestacional.

Peso de productos.

Productos pretérmino, de término y posttérmino.

Bajo peso para edad gestacional.

Momento de muerte con respecto al trabajo de parto.

Vía de terminación de embarazo.

Complicaciones durante el embarazo.

Causas de muerte fetal.

MATERIAL Y METODOS

Se trata de un estudio retrospectivo, transversal, en el que se incluyen a las pacientes que ingresaron al Servicio de Tococirugía del Hospital Regional 1o. de Octubre en el periodo de julio de 1995 a julio de 1996, quienes tenían edades entre 15 y 42 años y presentaron muerte fetal en la segunda mitad del embarazo.

Se excluyen pacientes con información incompleta en el cuestionario de muerte perinatal, pacientes fuera de rango de edad gestacional y edad materna.

Las variables de estudio son: edad materna, paridad, control prenatal (relacionado con el número de consultas recibidas durante el embarazo y con la atención prenatal brindada por especialista o por médico no especialista), edad gestacional, periodo en relación con el trabajo de parto en el que ocurrió la muerte fetal, sexo de óbitos, peso de los mismos (bajo o adecuado para la edad gestacional), pretérmino, de término y postérmino, vía de terminación del embarazo, complicaciones durante la gestación y causas aparentes de muerte fetal.

La información se obtuvo del cuestionario de muerte perinatal y de las libretas de defunciones del Servicio de Patología y de la Dirección. El número total de recién nacidos en el año referido se obtuvo de la libreta de registro de nacimientos del Servicio de Tococirugía.

La información se presenta en tasa, número de casos, porcentajes, promedios, tablas y gráficas.

RESULTADOS

Se atendieron 3,564 recién nacidos en el Hospital Regional 1o. de Octubre en el periodo de julio de 1995 a julio de 1996, de los cuales 42 fueron óbitos, originando una tasa de mortalidad fetal de 12.6 x 1000 nacimientos.

En cuanto a la edad materna, se distribuyeron 4 grupos de la siguiente manera: En el grupo de 15 y 20 años se presentaron 2 casos de muerte fetal, que corresponden al 5%; en el grupo de 21 a 30 años se encontraron 14 casos (33%); en el grupo de 31 a 40 años se registraron 25 óbitos (60%), en el grupo de más de 40 años sólo hubo 1 óbito (2%). La edad promedio fue de 28 años. Tabla 1.

En relación a la paridad, acontecieron 8 muertes fetales en primigestas (19%), 9 en secundigestas (22%), 12 en tercigestas (29%) y 13 óbitos en multigestas (30%). Fig. 1.

El control prenatal que recibieron las pacientes se observó de la siguiente manera: 3 pacientes (7%) recibieron de 0 a 2 consultas durante el embarazo; 27 (64%) recibieron entre 3 y 6 consultas; 7 (17%) recibieron entre 7 y 9 consultas; 5 (12%) recibieron 10 o más consultas. El promedio fue de 5 consultas durante el embarazo. Tab. 2 .

Se considera un número de 10 consultas durante el embarazo como aceptable en una gestación de bajo riesgo.

De las 42 pacientes 7 (17%) recibieron atención prenatal por médico especialista y 35 (83%) mujeres por médico no especialista. Fig. 2.

En relación con la edad gestacional de los óbitos, 10 de ellos (24%) ocurrieron entre 21 y 28 semanas de gestación (SDG); 16 (38%) entre las 29 y 36 SDG; 14 (33%) entre las 37 y 40 SDG; y únicamente 2 (5%) de más de 40 SDG. El promedio fue de 34 semanas de gestación. Fig. 3.

El periodo en relación con el trabajo de parto en que ocurrió la muerte fetal se encontró de la siguiente manera: antes del trabajo de parto 27 casos (64%); durante el trabajo de parto 6 casos (14%) y en el momento del parto 9 casos (22%). Fig. 4.

Del sexo masculino fueron 22 casos (52%) y del sexo femenino 20 casos (48%).

De los 42 óbitos fueron pretérmino 26 (62%), 14 de término (33%) y 2 postérmino (5%). Fig. 5.

Con bajo peso para edad gestacional se encontraron 11 óbitos (26%) y el resto, 31 (74%) con peso adecuado para la edad gestacional. Fig. 6.

En relación con el peso de los productos: 16 (38%) tuvieron peso menor de 1,500 grs., 13 (31%) con peso entre 1,501 y 2,500 grs., y 13 (31%) con peso entre 2,501 y 3,500 grs. No se encontraron productos con mayor peso. El promedio fue 2,043 grs. Fig. 7.

La vía de terminación del embarazo fue: eutocia en 27 casos (64%), distocia en 2 casos (5%) y cesárea en 13 casos (31%). Fig. 8.

Las causas aparentes de muerte fetal de acuerdo a las registradas en certificados de defunción, fueron: insuficiencia placentaria 16 casos (38%); circular de cordón 10 casos (23%); desprendimiento prematuro de placenta normoinserta 5 casos (12%); placenta previa 2 casos (5%); malformaciones congénitas 2 casos (5%); en 7 casos (17%) no se identificó causa alguna Tab. 3.

En relación a las complicaciones durante el embarazo: 7 pacientes (17%) presentaron toxemia; 8 (19%) presentaron hemorragia placentaria; 8 (19%) tuvieron amenaza de parto pretérmino; 7 (17%) presentaron ruptura prematura de membranas; 6 (14%) tuvieron infección de vías

urinarias; 2 (5%) tuvieron diabetes mellitus; y 4 (9%) no presentaron complicaciones. Tab. 4.

MORTALIDAD FETAL

1995 - 1996

INCIDENCIA POR EDAD MATERNA

EDAD MATERNA	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
15 - 20	2	5%
21 - 30	14	33%
31 - 40	25	60%
Mayor de 40 años	1	2%
Total	42	100%

TABLA 1

MORTALIDAD FETAL

1995 - 1996

INCIDENCIA EN RELACION A PARIDAD

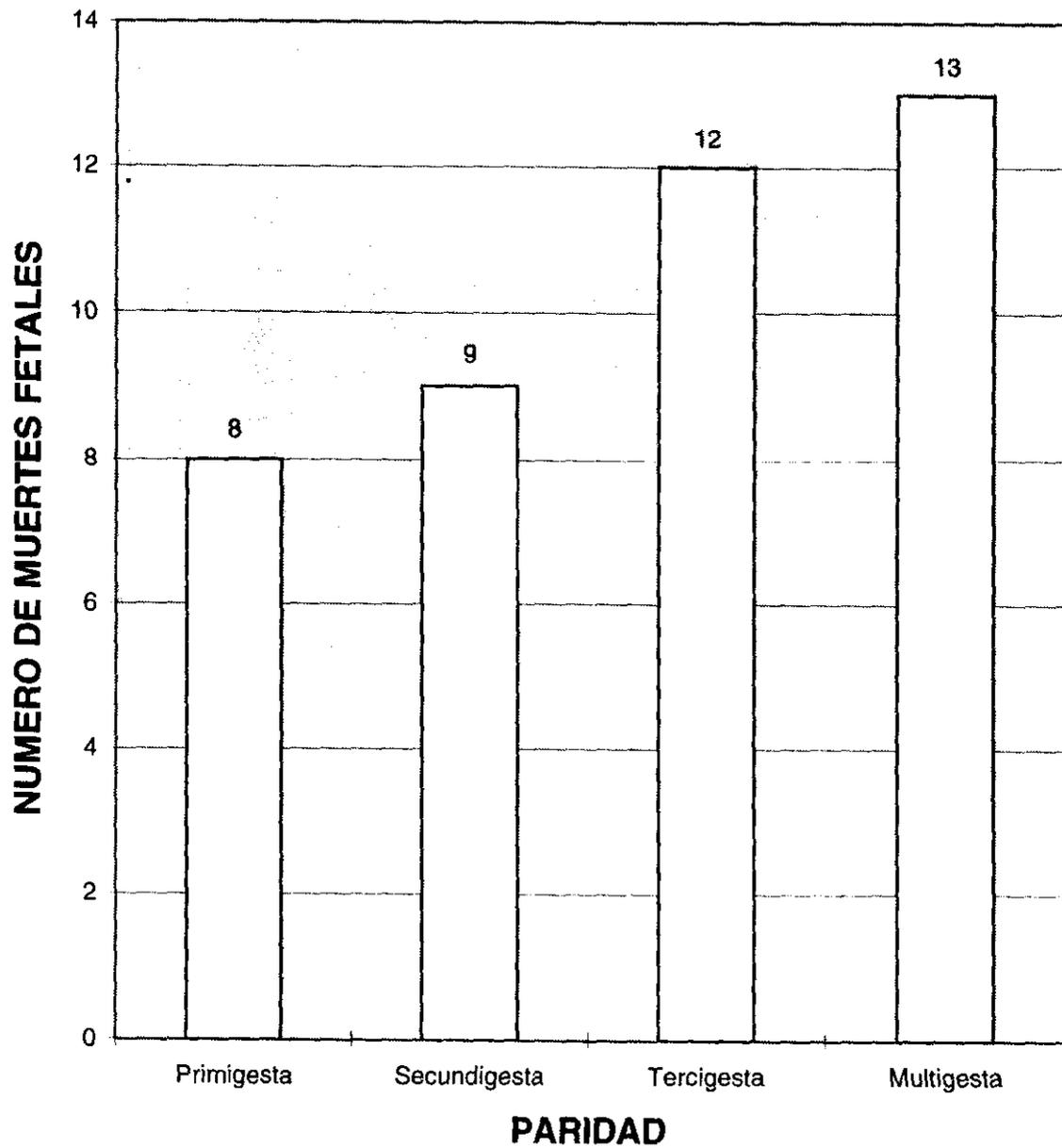


FIGURA 1

MORTALIDAD FETAL

1995 - 1996

INCIDENCIA DE ACUERDO A NUMERO DE CONSULTAS RECIBIDAS DURANTE EMBARAZO

NUMERO DE CONSULTAS DE CONTROL PRENATAL	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
0 - 2	3	7%
3 - 6	27	64%
7 - 9	7	17%
10 ó más	5	12%
Total	42	100%

TABLA 2

MORTALIDAD FETAL

1995 - 1996

INCIDENCIA DE ACUERDO A ATENCION PRENATAL POR MEDICO ESPECIALISTA O NO ESPECIALISTA

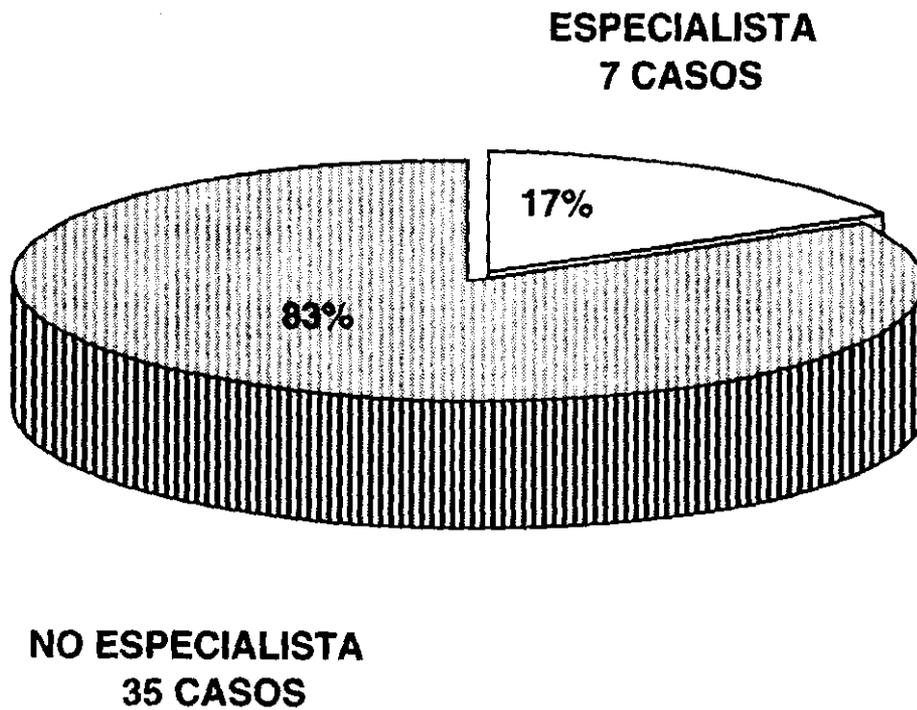


FIGURA 2

MORTALIDAD FETAL

1995 - 1996

INCIDENCIA DE ACUERDO A EDAD DESTACIONAL

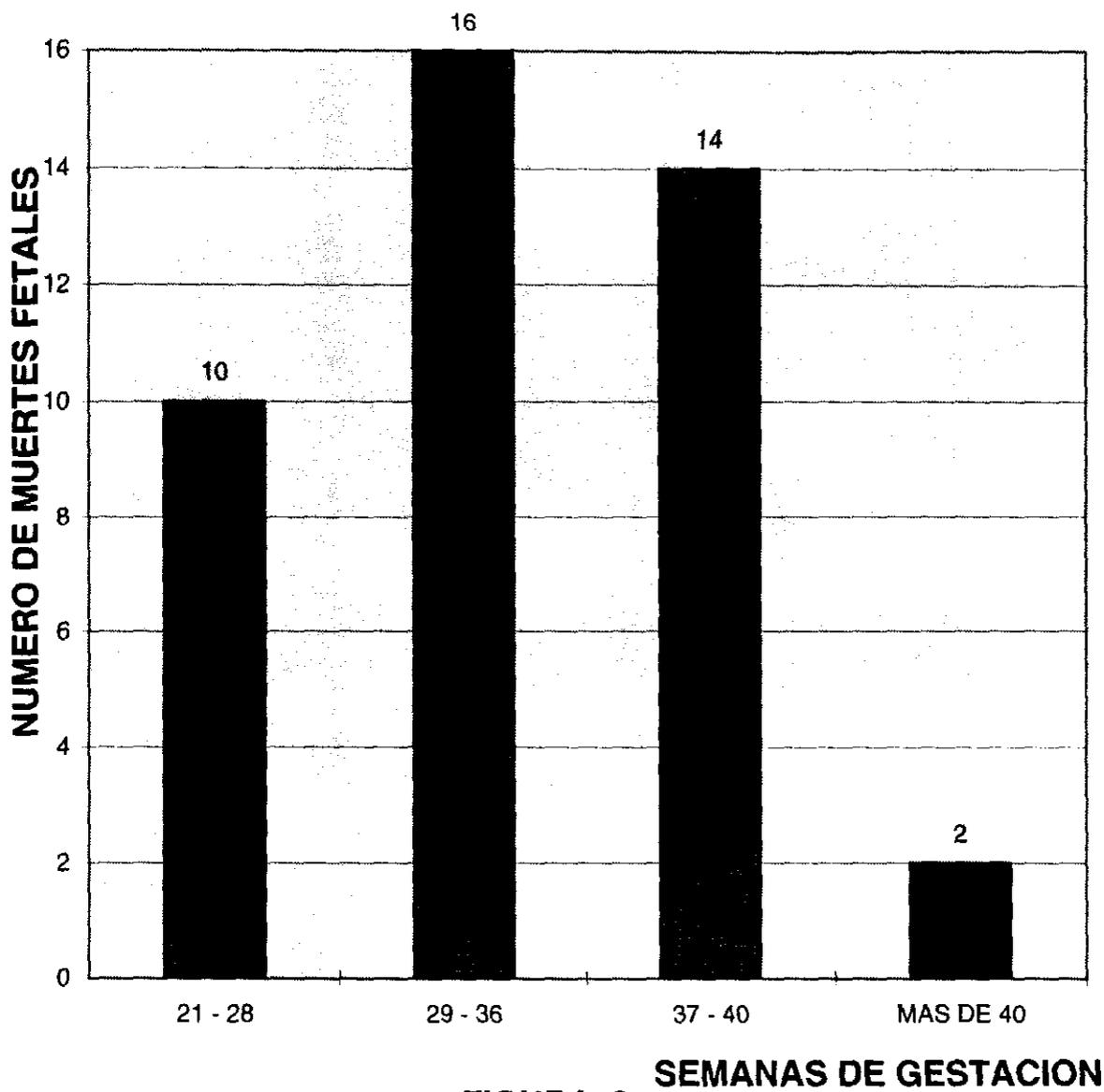


FIGURA 3

MORTALIDAD FETAL

1995 - 1996

INCIDENCIA DE ACUERDO AL PERIODO EN QUE OCURRIÓ LA MUERTE FETAL EN RELACION AL TRABAJO DE PARTO

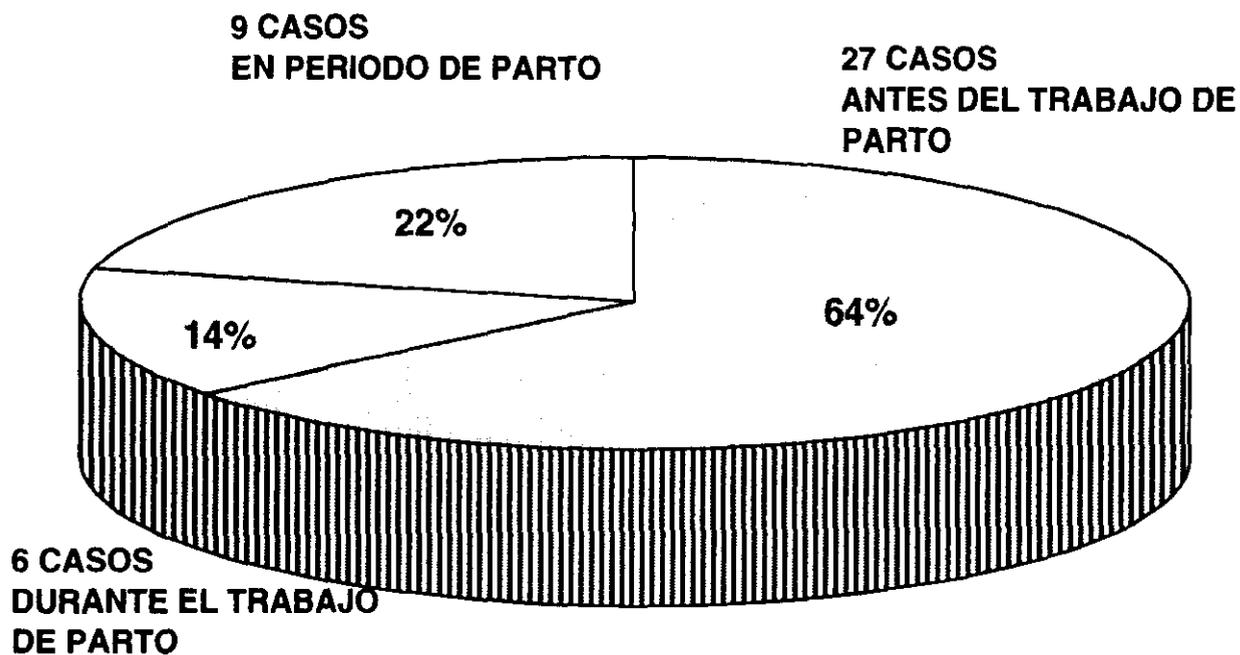


FIGURA 4

MORTALIDAD FETAL

1995-1996

INCIDENCIA DE ACUERDO A CLASIFICACION DE PRODUCTO PRETERMINO, DE TERMINO Y POSTERMINO

14 CASOS
DE TERMINO

2 CASOS
POSTERMINO

42 CASOS
PRETERMINO

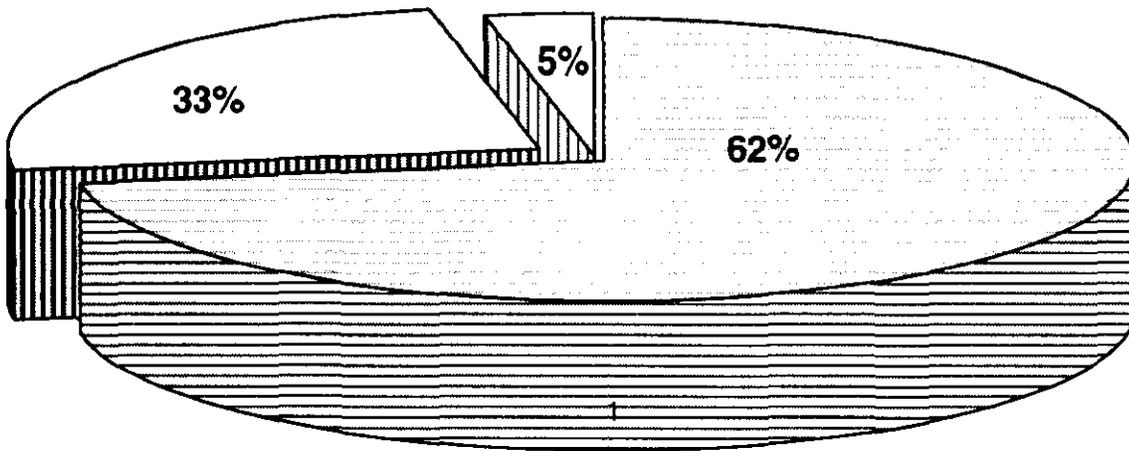


FIGURA 5

MORTALIDAD FETAL

1995 - 1996

INCIDENCIA DE ACUERDO A PESO DEL PRODUCTO ADECUADO O NO PARA EDAD GESTACIONAL

11 CASOS
PESO BAJO PARA EDAD
GESTACIONAL

31 CASOS
PESO ADECUADO PARA EDAD
GESTACIONAL

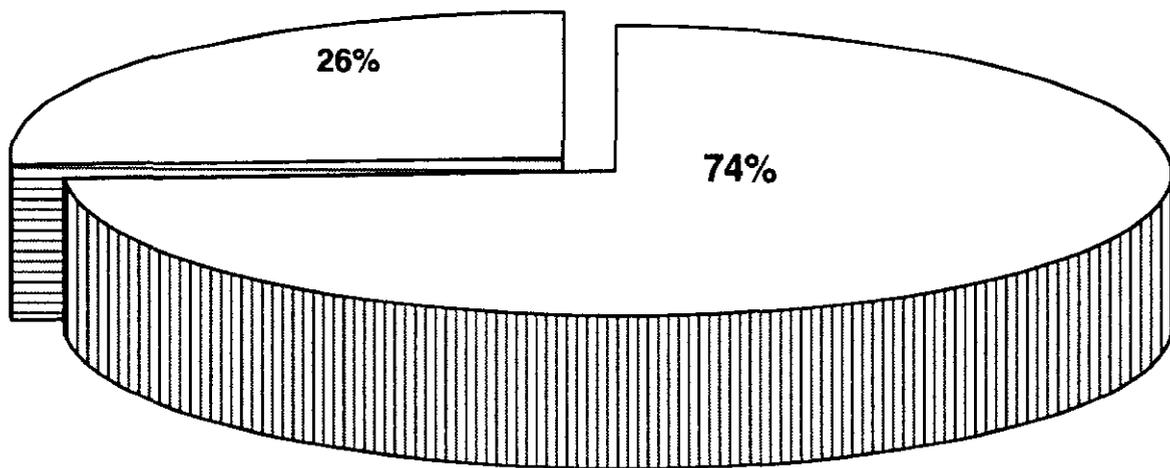


FIGURA 6

**MORTALIDAD FETAL
1995 - 1996**

**INCIDENCIA DE ACUERDO A PESO DE LOS
PRODUCTOS**

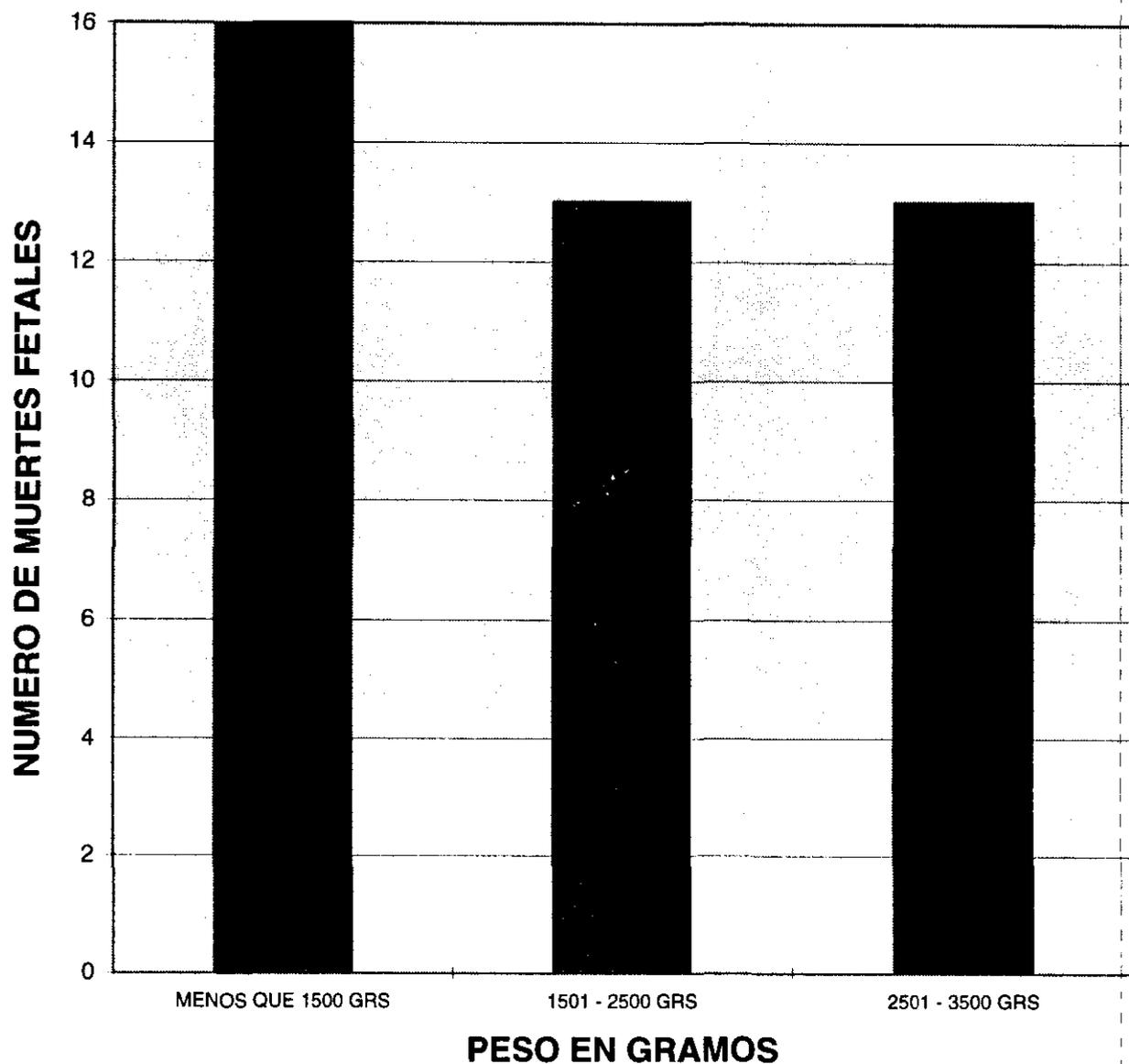


FIGURA 7

MORTALIDAD FETAL

1995 - 1996

INCIDENCIA DE ACUERDO A VIA DE TERMINACION DEL EMBARAZO

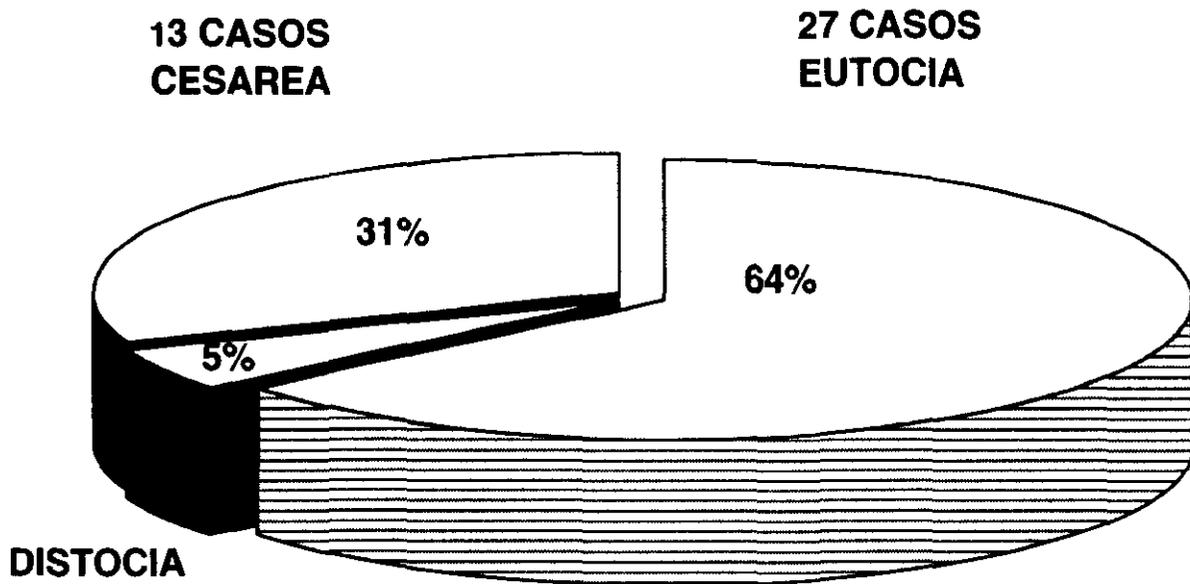


FIGURA 8

MORTALIDAD FETAL

1995 - 1996

INCIDENCIA DE ACUERDO A CAUSAS APARENTES DE MUERTE FETAL

CAUSAS APARENTES DE MUERTE FETAL	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
Insuficiencia placentaria	16	38%
Circular de cordón	10	24%
D.P.P.N.I*	5	12%
Placenta previa	2	5%
Malformaciones congénitas	2	5%
No identificadas	7	17%
Total	42	100%

* Desprendimiento prematuro de placenta normoinsera

TABLA 3

MORTALIDAD FETAL

1995 - 1996

INCIDENCIA DE ACUERDO A COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO

COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
Toxemia	7	17%
Hemorragia	8	19%
A.P.P. ¹	8	19%
R.P.M. ²	7	17%
I.V.U. ³	6	14%
Diabetes Mellitus	2	5%
Sin complicaciones	4	9%
Total	42	100%

¹ Amenaza de parto pretérmino

² Ruptura prematura de membranas

³ Infeccion de vías urinarias

TABLA 4

DISCUSION

La tasa de mortalidad fetal obtenida en nuestro hospital es de 12.6 x 1000 nacimientos, mayor a la registrada en el Hospital Regional del IMSS Número 23 de Monterrey, N. L. (8.07 x 1000). (4).

Se encuentra poco más del doble de la tasa perinatal aceptada mundialmente de 10 x 1000 nacimientos (2). Se recuerda que la muerte perinatal constituye la suma de muertes fetales y la neonatal temprana, ambas contribuyen aproximadamente con 50% cada una. (1).

La organización Mundial de la Salud considera la mortalidad perinatal como un buen índice para juzgar las condiciones de desarrollo de un país (2).

La mortalidad es uno de los aspectos más importantes que traducen la calidad de trabajo de un hospital. (3).

Las tasas de mortalidad perinatal varían según el país que se trate de 18 - 82 x 1000 nacimientos. México tiene una tasa de mortalidad estacionaria, en los últimos 20 años en 1970 se refieren tasas de mortalidad perinatal de 31.8 x 1000 nacimientos, correspondiendo a la fetal de 16.6 x 1000 nacimientos. (2 y 5).

Las edades de mayor fertilidad siguen siendo en las que se incrementa el número de óbitos. En nuestro hospital la mayor incidencia se presentó en el grupo de 31 a 40 años de edad. Este grupo de edad es mayor a los referidos en otros estudios de hospitales de tercer nivel, los cuales refieren mayor número de muertes fetales en mujeres de 20 a 30 años. (3, 4).

Aproximadamente dos terceras partes de los óbitos tienen peso menor de 2,500 grs., siendo la misma proporción en conjunto de

prematurados e inmaduros. Asimismo lo reporta el Hospital de Gineco-Obstetricia de Garza García N. L. en 1995. (3).

Se coincide con otros estudios en que la muerte ocurre con mayor frecuencia antes del trabajo de parto. En nuestro hospital ésta ocurrió en el 64%.

En relación a la edad gestacional, se observa que el 62% está constituido por productos inmaduros y prematuros de 21 a 36 semanas de gestación; el 33% por productos de término. En el hospital anteriormente mencionado se refiere 60% para óbitos menores de 36 SDG y 40% para los de término.

Estos resultados reflejan que existen factores agravantes al embarazo que no son detectados ni tratados oportunamente y que culminan en la muerte fetal antes de llegar al término de la gestación.

Las causas de muerte fetal más frecuentes en nuestro hospital son: insuficiencia placentaria (38%) y circular de cordón (24%), coincidiendo con las causas de muerte reportadas en otros hospitales. (3 y 4). En relación a la insuficiencia placentaria, ésta obedece a patologías concomitantes como enfermedad hipertensiva asociada al embarazo, diabetes mellitus descontrolada, anemia y desnutrición, entre otras. La falta de detección y/o tratamiento adecuado de estas condiciones aumenta la morbimortalidad fetal.

Llama la atención las cifras reportadas de malformaciones congénitas como causa de mortalidad fetal en otros hospitales, que refieren una incidencia de 13 a 30%. (3 y 4). Muy elevado en relación a lo encontrado en el presente estudio, que es de 5%. Esto probablemente se debe a que se realizan pocas autopsias perinatales en nuestro hospital.

La insuficiencia placentaria, los problemas funiculares, así como las hemorragias placentarias detectadas y tratadas oportunamente son causas de muerte fetal que pueden ser previsibles.

Si consideramos que en el presente estudio se encontró que el 91% de las pacientes tienen antecedente de alguna complicación durante el embarazo, que de las 42 pacientes el 71% recibió un número de consultas prenatales insuficiente y que únicamente 7 de ellas recibieron control prenatal por médico especialista, podremos entender que esto responde a la mortalidad fetal que se encontró.

Se concluye que la mortalidad perinatal es el reflejo de la calidad de atención prenatal que se brinda a la paciente embarazada.

Es necesario incrementar la educación a la población en general y específicamente a la mujer en edad reproductiva, haciendo conciencia de la necesidad de atención prenatal; en casos de embarazos de alto riesgo se requiere de una atención más especializada. El control prenatal debe iniciarse tempranamente por médicos capacitados, apoyados en la historia clínica perinatal, utilizando carnet prenatal e identificando los factores de riesgo, para canalizar a la paciente que así lo requiera a un hospital de mayor nivel de atención, donde se brinde un manejo especializado de medicina perinatal y se cuente con más recursos, como ultrasonido que puede determinar edad gestacional aproximada, peso, presentación, posición del producto, localización de placenta y madurez de la misma, posición de cordón umbilical, malformaciones congénitas, contribuir al perfil biofísico para determinar cantidad de líquido amniótico, movimientos corporales totales, movimientos respiratorios y tono. Otros recursos útiles son la amnioscopia y amnioscintesis para realizar estudios citoquímicos en líquido amniótico, determinación de lecitina/esfingomielina, fosfatidilglicerol, entre otras pruebas de madurez pulmonar fetal, así como determinación de estriol, lactógeno placentario, bilirubinas, obtención de muestras para valorar cariotipo en los casos en que se sospeche alteraciones genéticas.

Se cuentan con estudios de cardiotocografía con o sin estrés, estudios de flujometría, fetoscopia o ECG fetal, que en su conjunto sirven para valorar el bienestar materno fetal y de acuerdo al diagnóstico

establecer tratamiento oportuno y en caso necesario la interrupción del embarazo.

CONCLUSIONES

La tasa de mortalidad fetal fue de 12.6 x 1000 nacimientos, la cual sigue siendo elevada, poco más del doble de la mundialmente aceptada.

La muerte fetal es más frecuente en el grupo materno de 31 a 40 años de edad, considerándose el de mayor riesgo en este estudio.

Se observó que a mayor paridad, mayor incidencia de muerte fetal.

El control prenatal fue insuficiente en el 71% de los casos y sólo el 17% recibió atención prenatal por médico especialista.

El 91% de las embarazadas que tuvieron muerte fetal presentaron alguna complicación durante el embarazo.

El 62% de las muertes fetales ocurrieron en fetos pretérmino de 21 a 36 semanas de gestación.

El 69% de los productos pesó menos de 2500 grs.

El 26% tuvieron bajo peso para la edad gestacional.

La muerte fetal ocurre con mayor frecuencia antes del trabajo de parto.

Las principales causas aparentes de muerte fetal fueron: insuficiencia placentaria (38%); circular de cordón (23%); desprendimiento de placenta normoinserta (19%); placenta previa (5%); y malformaciones congénitas (5%).

En términos generales, poco más de las dos terceras partes de muertes fetales ocurrieron en productos pretérmino con peso menor de 2500 grs. La mayoría de las embarazadas tuvo alguna complicación

durante el embarazo y recibió atención prenatal insuficiente por médico no especialista. Por lo cual, es necesario brindar educación a nuestra población, creando conciencia sobre la importancia de la gestación de un nuevo individuo en condiciones satisfactorias de salud, otorgando la debida importancia al control prenatal para que se inicie en forma temprana y periódica, de acuerdo a las necesidades de cada paciente. Asimismo, se requiere mejorar la calidad de atención y la detección oportuna de factores de riesgo, para enviar a las pacientes a un nivel de atención más especializado y con mayores recursos, con el fin de disminuir la morbimortalidad materno-fetal.

BIBLIOGRAFIA

1. Williams, Pritchard J, Macdonald P, Gant N. Obstetricia. Salvat, 2da edición, México, 1986, pp. 2-4.
2. Lowenberg F, Chavarría A, Rangel C, Tommasi E, Vargas C. Mortalidad perinatal en el Centro Hospitalario "20 de Noviembre" del ISSSTE. Ginecología y Obstetricia de México 1973; 34 (201): 83-93
3. De la Garza C, González M. Muerte perinatal. Ginecología y Obstetricia de México 1995; 63: 186-190
4. Puente J, Ortiz G, Medina J. Muerte fetal. Ginecología y Obstetricia de México 1988; 56: 189-194
5. Tomassi E, Lowenberg F, Vargas C. Aspectos preventivos de la morbimortalidad perinatal. Ginecología y Obstetricia de México 1974; 63 (209): 323- 335
6. Arias F. Guía práctica para el embarazo y parto de alto riesgo. Mosby/Doyma libros, 1ra. edición, España, 1994, pp. 185, 284 y 424.
7. Forsbach G, Castillo N, Campos E, Salinas R. Macrosomía y óbito. Relación con diabetes materna. Ginecología y Obstetricia de México 1995; 63: 499-501
8. Sandoval T, Jiménez G, Uribe S, et al. Morbimortalidad perinatal en mujeres con diabetes mellitus y embarazo. Ginecología y Obstetricia de México 1995; 63: 181-185
9. Domínguez H, Covarrubias C, Icaza A, Morales A. Mortalidad perinatal en toxemia gravídica. Ginecología y Obstetricia de México 1971; 30 (182): 627-633

-
10. Dexeus S, Aladjem S, Barri P, et al. Patología obstétrica. Salvat Editores, S. A., 2da. edición, 1987, pp. 257, 340 y 620.
 11. Rasmussen S, Iraens L, Bergsjø P, Dalaker K. Perinatal mortality and case fatality after placental abruption in Norway, 1967-1991. Acta obstetrica et gynecologica scandinavica 1996; 75 (3): 229-345
 12. Kizer S, Berroterán O. Mortalidad perinatal institucional del embarazo gemelar. Ginecología y Obstetricia de México 1978; 44 (264): 313-324
 13. Rydhstroem H. Pregnancy with stillbirth of both twins. British Journal of Obstetrics Gynaecology 1996; 103 (1): 25-32
 14. Flores A, Tejero T, Cano J, Mondragón H, Marcushamer B. Análisis de 100 casos de muerte perinatal. Ginecología y Obstetricia de México 1979; 46 (274): 107-114