

11217

136

2ej

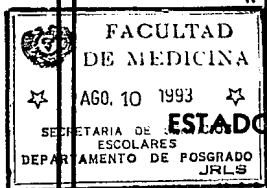


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

"LUIS CASTELAZO AYALA"

I. M. S. S.



FACULTAD DE MEDICINA

★ AGO. 10 1993 ★

SECRETARIA DE EDUCACION PUBLICA
SECRETARIA DE SALUD
DEPARTAMENTO DE POSGRADO
JRLS

ESTADO ACTUAL DEL OBITO FETAL
EN EL HOSPITAL

"LUIS CASTELAZO AYALA"

TESIS DE POSTGRADO
PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

RAFAEL VICENTE SANZ FERRER

ASESOR: DR. MARIO MORENO CAMACHO



IMSS

MEXICO, D. F.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



1993
ENSEÑANZA
"LUIS CASTELAZO AYALA"
I. M. S. S.



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 está 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.

INDICE

INTRODUCCION	1
GENERALIDADES	2
JUSTIFICACION	10
OBJETIVOS	11
MATERIAL Y METODOS	12
RESULTADOS	13
DISCUSION	16
CONCLUSIONES	18
GRAFICAS	19
BIBLIOGRAFIA	37

INTRODUCCION

Habitualmente, la muerte fetal es un evento desafortunado, personal y profesional. Hasta las últimas décadas, los esfuerzos por prevenir este accidente pretendían mejorar la seguridad durante el parto o, en casos de muerte fetal previa, a la inducción del trabajo de parto antes de la etapa crítica durante ese embarazo, en el que podría presentarse otra muerte fetal.

Las causas desconocidas de óbito fetal culpaban a "actos de la naturaleza" inexplicables o alguna de las pocas enfermedades que en muchos casos, se consideraban de curso inalterable, aunque no se conocía su impacto sobre la mortalidad fetal (1). A comienzos de este siglo, se conocían solo cuatro enfermedades maternas como causa de muerte fetal: Nefropatía crónica, Anemia, Cáncer, y Sífilis, y los medios para inducir el trabajo de parto eran totalmente mecánicos, es decir, dilatación artificial del cuello o rotura de las membranas. La elección podía ser, inducir el trabajo de parto con los riesgos asociados de infección y lesión materna, o esperar el trabajo de parto con los riesgos de la coagulopatía (4).

En la última década, se han hecho avances en el diagnóstico exacto y el manejo apropiado del deceso fetal. Este progreso en cierta medida ha ayudado a disminuir la tragedia para los padres y el médico. Sin embargo, más importante aún, se ha reconocido que las causas de muerte fetal son múltiples y complejas y se han hecho continuos progresos para definir la etiología y prevenir la muerte fetal.

GENERALIDADES

DEFINICION

La muerte fetal ha sido definida según la Organización Mundial de la Salud como la que ocurre previa a la expulsión o extracción completa del producto de la concepción, independientemente de la duración del embarazo (5).

CLASIFICACION

Dependiendo de la edad gestacional en que se presenta se divide en:

a) MUERTE TEMPRANA

Es la que presenta antes de la 20ava. semana y que posteriormente a la expulsión se denominará aborto (13).

b) MUERTE INTERMEDIA

Es la que se presenta cuando el embarazo ha progresado entre las 20 y 27ava. semana.

c) MUERTE TARDIA

Es la que ocurre después de la semana 28 de gestación y antes de completar la expulsión de los productos de la concepción.

Es importante mencionar que de acuerdo al momento que ocurre el óbito fetal puede clasificarse en:

a) Anteparto

b) Transparto

INCIDENCIA.

La incidencia de muerte fetal varia en relación a los factores de riesgo; entre ellos, raza, edad materna, período de gestación, multiparidad, orden de gestación, tipo de atención de parto, ubicación rural y urbana, antecedentes obstétricos, y factores socioeconómicos.

El gran número de factores determinantes hacen que los informes de gran cantidad de casos no sean significativos y los problemas para controlar estas variables y la gran cantidad de definiciones dificultan las comparaciones. Con las diferentes informaciones ya mencionadas, muchas estadísticas solo pueden ser aproximadas (2, 3).

En la comunicación de las estadísticas vitales y en los cálculos de la mortalidad fetal de los Estados Unidos, el Nacional Center for Health Statistic reconoce como muerte fetal a aquella que ocurre a las 20 semanas o más de gestación. En muchos países en desarrollo, la mortalidad fetal se calcula en base al número de muertes de 28 semanas o más de gestación, en nuestro hospital se considera comunmente con peso mayor 500 gr. o 20 semanas de gestación.

La tasa de muerte fetal (por 1 000 nacidos vivos) es de aproximadamente 11 en los Estados Unidos (6), y en México es de aproximadamente 26 (7).

En general la muerte fetal se presenta con una frecuencia que va de 0.6 a 1.2 % de todos los embarazos (4).

FACTORES DE RIESGO

Se conocen una serie de factores de riesgo asociados firmemente con la muerte fetal según las pruebas epidemiológicas. Estos son en el momento del embarazo los relacionados principalmente con el nivel socio-demográfico (9).

FACTORES MATERNOS NO MODIFICABLES AL CONOCER EL EMBARAZO

- Edad menor de 15 años o mayor de 35 años.
- Historia reproductiva (abortos, partos inmaduros, enfermedades genéticas).
- Estado nutricional.
- Patología renal, cardiovascular, endócrina, autoinmune.
- Enfermedades genéticas (autosómicas, dominantes y recesivas).
- Isoinmunización.

FACTORES FETALES

- Sexo.
- Anomalías estructurales.
- Anomalías cromosómicas.
- Retardo en el crecimiento.

FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS

- Raza.
- Nivel de educación.
- Estado civil.
- Ocupación.

FACTORES EXTERNOS SUSCEPTIBLES DE SER MODIFICADOS

- Alcoholismo.
- Tabaquismo.
- Toxicomanías.
- Ganancia de peso corporal.
- Trabajo físico.

FACTORES EXTERNOS NO SUSCEPTIBLES DE SER MODIFICADOS

- Infecciones (rubeola, toxoplasmosis, ureaplasma, estreptococo).
- Exposición a tóxicos ambientales (plomo).

FACTORES DE TIPO MEDICO

- A - Vigilancia prenatal.
- B - Detección oportuna y manejo del retardo en el crecimiento intrauterino (RCIU).
- C - Vigilancia del trabajo de parto.

DIAGNOSTICO

Los medios para diagnosticar la muerte fetal han cambiado tanto durante los decenios recientes, como la comprensión de los factores que originan esta entidad. Hace apenas 65 años, el diagnóstico dependía en absoluto de los síntomas y signos observados en el examen físico (10). Actualmente, con las técnicas modernas es posible establecerlo con certeza con el uso de métodos clínicos así como gabinete (UESG, Rx) y exámenes de laboratorio.

Diagnóstico Clínico

No hay signo ó síntoma alguno que sea patognomónico de muerte fetal intrauterina; los síntomas más frecuentemente referidos por la paciente y que son clave para el diagnóstico de presunción son: cese de los movimientos fetales, pérdida de peso y regresión de los cambios gestacionales de la glándula mamaria, además de malestar gene-

ral, secreción de exudado vaginal sanguinolento o acuoso, y alitosis que pueden sugerir la muerte.

Diagnóstico Radiológico

La utilización de los rayos X constituyen un indicador confiable de muerte fetal, su uso fue descrito por primera vez en 1922 y los signos radiológicos han aumentado la certeza de muchos casos de Muerte Fetal. (12).

Se han descritos un gran número de signos los cuales no mencionaremos totalmente. No cabe mencionar todos, pero entre los principales se encuentra la presencia de gas en cavidades cardiacas y vasos de feto, signo descrito por Roberts en 1944. Es el que se presenta en forma precóz entre las 12 a 24 hrs. de ocurrida la muerte fetal y se ha considerado practicamente patognomónica del óbito fetal, ya que nunca se encuentra en fetos vivos. Se identifica gas en el corazón, aorta, vasos iliacos, vasos en las extremidades y en los vasos incluso del cordón umbilical. Puede localizarse también en forma extravascular a nivel de víceras, cavidad peritoneal, cuero cabelludo, torax y pleura. La teoría más aceptada para explicar la formación de este gas es la Stewart y Hitten's, quienes mencionan que el resultado directo del proceso de maceración formado por nitrógeno, Co2 y oxígeno, como resultado de la destrucción de los glóbulos rojos (4).

El signo de Spalding consiste en el cabalgamiento de los huesos del cráneo, a veces, acentuado, en ausencia de trabajo de parto. Se relaciona con reblandecimiento de la masa encefálica, se considera también casi patognomónico de muerte fetal, pero es necesario que transcurran de 5 a 7 días después de la muerte del producto para poder evidenciarse en una radiografía.

El signo de Tager, que basicamente consiste en una pérdida de la actitud fetal normal a juzgar por la configuración esquelética en la que es posible observar una hiperflexión del raquis en una placa tomada en la paciente de pie.

Se mencionará finalmente el signo del Halo ó signo de Deuel consistente en la formación de un halo en el cráneo fetal cuya imagen es consecuencia de edema del tejido celular subcutáneo del cuero cabelludo que tiene una densidad radiológica diferente a la estructura ósea. Se encuentra más frecuentemente en los casos de óbito fetal, ya que puede ser observado en casos de isoimmunización materno-fetal con feto vivo pero hidrópico (7).

DIAGNOSTICO BIOQUIMICO

ESTRIOL URINARIO

La excreción de estriol en la orina materna aumenta continuamente durante el embarazo, pero después de la muerte fetal disminuye. La reducción debe presentarse dentro de las 24-48 hrs. posteriores a la muerte fetal, debido a la contribución más importante de los precursores del estriol que proceden de la suprarrenal e hígado fetales, funcionales respectivamente (5).

CREATINOSFOQUINASA SERICA

Estudios preliminares con creatinfosfoquinasa (CFK), muestran que los niveles séricos maternos se mantienen en el espectro normal de 14 a 145 mU/ml hasta los 5 días después la muerte fetal, disminuyendo desde entonces en forma progresiva (13).

DIAGNOSTICO ULTRASONOGRAFICO

El ultrasonido resulta más sensible y específico y, además es útil durante un período más prolongado del embarazo que otras pruebas disponibles. Su bajo costo, facilidad de aplicación y accesibilidad, hacen de éste el instrumento más importante para confirmar el diagnóstico de muerte fetal.

La esencia de la vida fetal, demostrada con el ultrasonido de tiempo real, es la observación visual del movimiento cardíaco del feto. La actividad cardíaca puede demostrarse por ultrasonografía de Modo A ó de movimiento a través del tiempo, o

Doppler, pero se aprecia más fácilmente con el equipo de formación de imagen de tiempo real que permite la identificación rápida del tórax y corazón fetales. Debe demostrarse la actividad cardíaca embrionaria en todos los embarazos vivos de más de 7 semanas. Ausencia de actividad cardíaca durante la duración del embarazo y el cese de movimiento fetal hace diagnóstico de muerte fetal. (16).

JUSTIFICACION

La ocurrencia de una muerte fetal implica ante todo, un importante impacto emocional, que involucra a la paciente, al cónyuge, al médico y a la institución que la atendió. El enfoque del problema debería incluir la consideración de gran cantidad de factores, pero las más de las veces, se concreta al análisis, evaluación y conclusiones de sus causas, sin considerar con frecuencia la interrelación entre las mismas, lo que podría en determinado momento generar la posibilidad de su prevención (8) (11).

No obstante que esta patología es conocida desde tiempos remotos y que la obstetricia ha presentado un avance notable en las últimas décadas, el médico continúa enfrentándose a esta problemática, si bien es cierto con menor frecuencia que antaño, en virtud de que se conocen ya factores etiológicos bien establecidos y a que existe un mejor conocimiento y manejo de patologías que complican la gestación, al progreso en la identificación y control de procesos infecciosos y en otros aspectos, avances en los métodos de monitoreo biofísicos y bioquímicos en embarazos de alto riesgo mediante los cuales es posible detectar a fetos susceptibles de muerte y a quienes se les debe brindar una mejor atención prenatal, durante el trabajo de parto y al nacimiento.

A pesar de los avances mencionados la tasa de muerte fetal continúa siendo elevada. Según reportes de la Secretaría de Salud en México, es de aproximadamente 26 X 1 000 nacidos vivos a comparación de 11 en los Estados Unidos

Por lo anterior se hace necesario conocer la frecuencia de óbito fetal, los factores de riesgos, causas desencadenantes y su repercusión en la morbilidad materno-fetal, para así tratar de implementar medidas preventivas que disminuyan la frecuencia de esta patología.

OBJETIVOS

El presente estudio se efectuó con la finalidad de determinar la frecuencia del óbito fetal, los factores de riesgo y la morbimortalidad materna en el Hospital " Luis Castelazo Ayala ".

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio retrospectivo de los expedientes de pacientes que tuvieron óbito fetal en el Hospital " Luis Castelazo Ayala " , de enero de 1991 a enero de 1992. Se revisaron 482 expedientes . Se incluyeron pacientes con embarazos mayores de 20 semanas de gestación que presentaron muerte fetal.

RESULTADOS

Se analizaron 482 expedientes de pacientes con óbito fetal encontrándose una tasa de muerte fetal de 20.7 por 1 000 nacidos vivos y una frecuencia del 2 %.

La edad materna promedio en que ocurrió el óbito fetal fue de 25.5 años, con un rango de 15 a 42 años; presentándose el mayor número de los casos (39 %) entre los 20-25 años (fig. 1).

La escolaridad materna en el que se presentó la muerte fetal, fue mayor en el grupo de analfabetas o con grado de instrucción primaria, representando el 52 % (fig. 2).

En las pacientes primigestas se observó un mayor número de casos, representando el 40 % (fig. 3).

El 4 % de las pacientes tenían antecedentes de óbito previo. (fig 5, 6)

El 54 % de las pacientes no llevaron un adecuado control prenatal. La gestación promedio de éstas en el momento del óbito fue de 36 semanas; el 39 % ocurrió en productos mayores de 37 semanas (fig. 5 y 6).

Se observó que el 81 % de los óbitos ocurrieron anteparto y el 19 % durante el trabajo de parto. (fig 7).

Los motivos de consulta por lo que acudieron las pacientes fueron ausencia de movimientos fetales y actividad uterina con un 37 y 38 % respectivamente; sin embargo las pacientes por actividad uterina presentaban también hipomotilidad fetal (fig 8).

La principal patología asociada al óbito es la toxemia representado un 17 % (fig 9).

Los principales métodos para confirmar el diagnóstico fueron el ultrasonido y el Doppler con un 41 y 31 % respectivamente (fig. 10).

La vía de resolución del embarazo fue la vaginal con un 72 % y la cesárea con un 28 %. El 64 % de los productos pesaron menos de 2 000 grs. y de 21 % más de 2 500 grs. (fig. 11 y 12).

El líquido amniótico se encontró meconial en un 88 % y sanguinolento en un 12 %. El 53 % de las placentas tenían características normales. (fig. 13 y 14).

Las alteraciones funiculares más frecuentes fueron las circulares de cordón con un 13 % . (fig 15).

Las malformaciones congénitas se asociaron a ésta patología en un 9 %, siendo la anencefalia la más frecuente con un 6 %. (fig 16).

Las complicaciones más frecuentes fueron repercusiones psicológicas y sépsis con un 9 % cada una. (fig. 17).

DISCUSION

Los resultados del presente trabajo en términos generales son concordantes con los reportados por diferentes autores en relación con la frecuencia, factores de riesgo y causa de muerte fetal. (fig 4, 7).

La frecuencia con que se observó el óbito fetal en muestra revisión fue del 2 %, la cual es ligeramente mayor que la reportada en la literatura mundial de 1.5 % (4). La tasa de muerte fetal fue de 20.7 por 1 000 nacidos vivos, menor que la reportada por la Secretaría de Salud en México, la cual es de 26.

Encontramos que los principales factores de riesgo para óbito fetal son baja escolaridad, primigesta y deficiente control prenatal, éstos concuerdan con los diferentes estudios epidemiológicos reportados en la literatura mundial. (14, 5).

Llama la atención que la edad gestacional promedio en que se presentó el óbito fetal fue a las 36 semanas y con pesos de productos mayores a 2 500 grs. La detección oportuna de datos de deterioro fetal (hipomotilidad fetal, oligohidramnios, pérdida de la reactividad fetal en la prueba sin estres) en la consulta prenatal adecuada, hubiera evitado, en muchos casos, la muerte intrauterina.

Es importante enfatizar que la muerte fetal intraparto ocurrió en el 19 %, cifras elevadas, que hablan de una deficiente vigilancia del trabajo de parto.

Entre las complicaciones analizadas en este estudio, las alteraciones psicológicas en estas pacientes son de gran importancia por lo que un apoyo psicológico adecuado ayudaría a la estabilidad emocional y familiar.

CONCLUSIONES

- 1.- Identificar precozmente los factores de riesgo.
- 2.- Un control prenatal adecuado permitirá disminuir la posibilidad de muerte fetal
- 3.- Instruir a la paciente sobre datos de alarma obstétrica enfatizando en los movimientos fetales
- 4.- El ultrasonido representa el mejor método diagnóstico de ésta patología
- 5.- Monitorizar adecuadamente el trabajo de parto para detectar oportunamente el sufrimiento fetal, causa directa del óbito, en el período transparto
- 6.- Toda paciente con óbito debe recibir terapia psicológica.

DISTRIBUCION POR EDADES

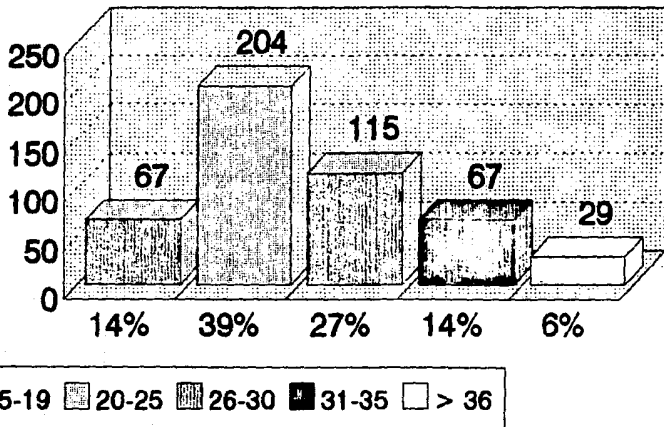


Fig 1. Distribución de acuerdo a la edad de pacientes en que se presentó el óbito fetal o muerte fetal.

ESCOLARIDAD

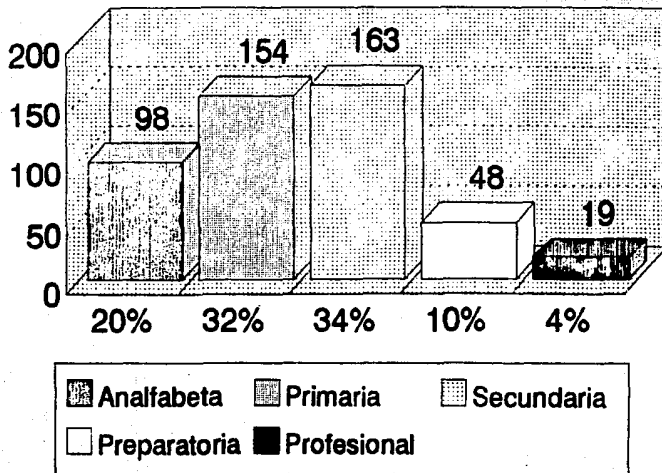


Fig 2. Escolaridad materna en que se presentó la muerte fetal

ANTECEDENTES GESTACIONALES

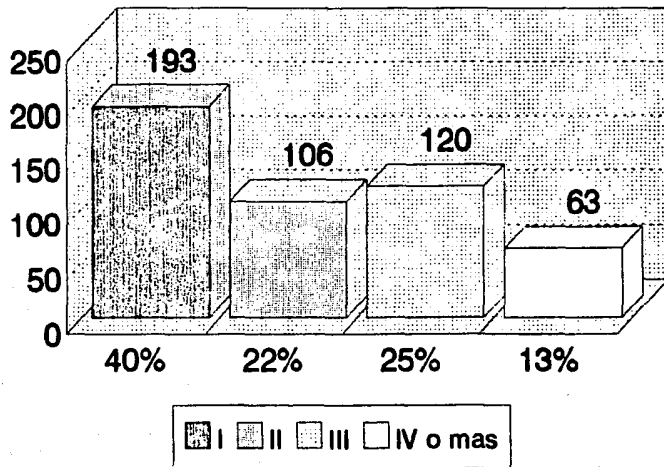


Fig 3. Frecuencia en la que se observó la muerte fetal en relación al número de gestaciones previas

ANTECEDENTE DE OBITO

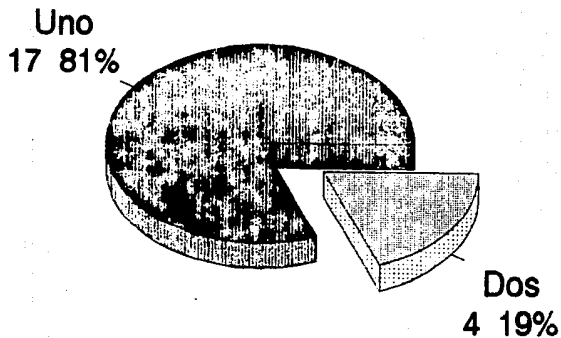


Fig 4, Número de muertes fetales en embarazos anteriores de las pacientes estudiadas

ATENCION PRENATAL

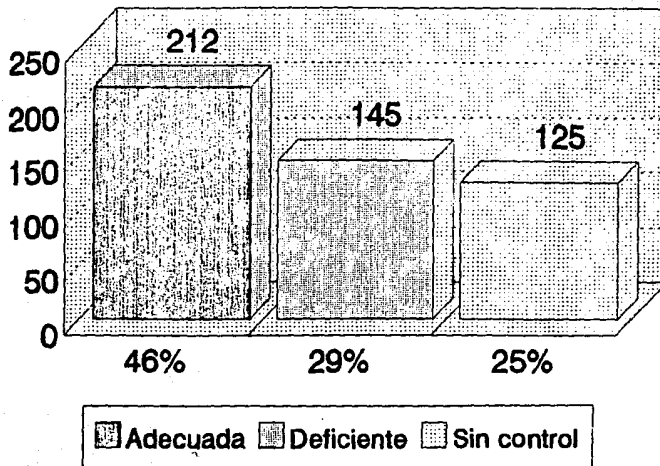


Fig 5, Tipo de atención prenatal que tuvieron las pacientes con productos Obitos

EDAD GESTACIONAL

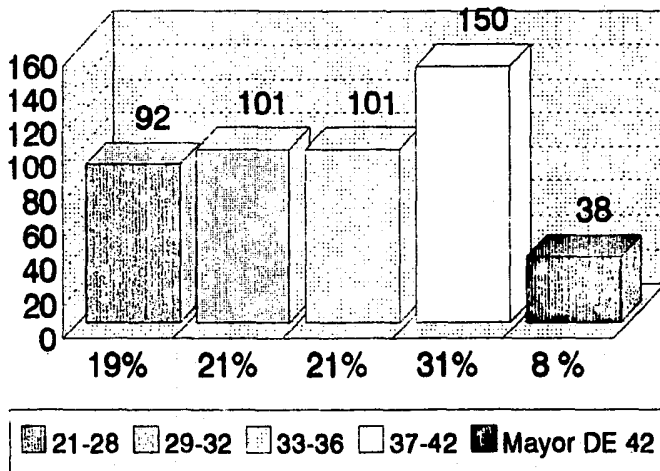


Fig 6, Grupos de edad gestacional de los Fetos al momento de la extracción

MOMENTO DEL OBITO FETAL

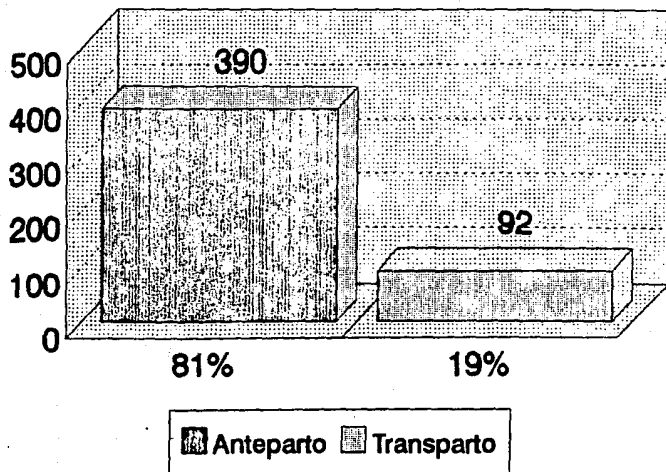


Fig 7, Momento en el que ocurrió el Obito Fetal en relación al parto

MOTIVO DE CONSULTA

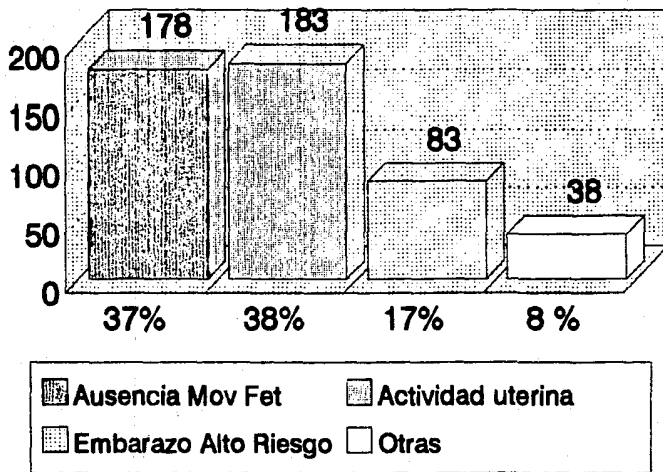


Fig 8, Causas por las cuales las pacientes con Obito fetal acudieran a consulta

PATOLOGIA ASOCIADA

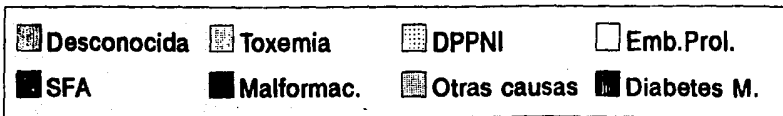
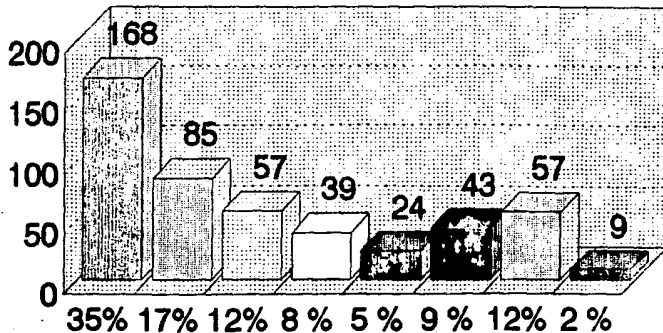


Fig 9, Padecimientos que se encontraron asociados a las pacientes con Obito fetal

MÉTODOS DIAGNÓSTICOS

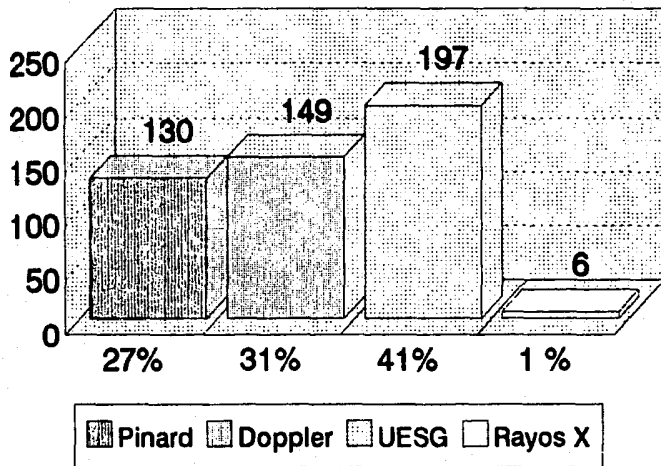


Fig 10, Métodos diagnósticos utilizados para establecer la presencia de Obito Fetal

VIA DE RESOLUCION

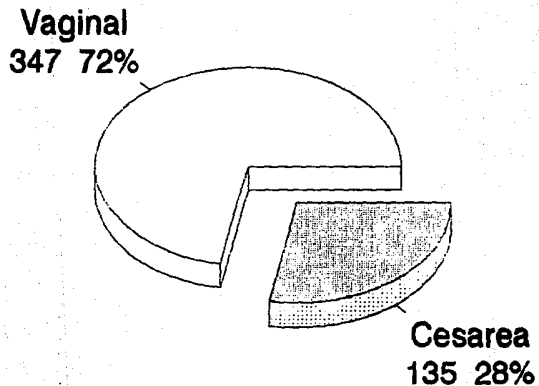


Fig 11, Vía por la cual se extrajo el Obito fetal

PESO DE LOS PRODUCTOS

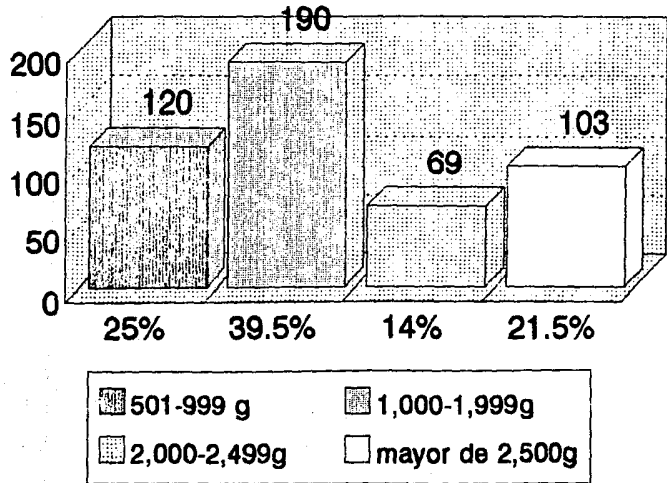


Fig 12, Pesos de los fetos encontrados en el momento de su extracción

CARACTERISTICAS DEL LIQUIDO AMNIOTICO

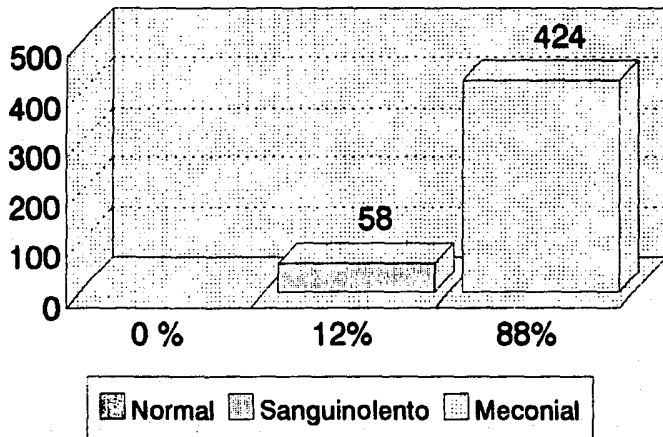


Fig 13, Características encontradas en el Líquido amniótico al momento de la extracción del producto

CARACTERÍSTICAS DE LA PLACENTA

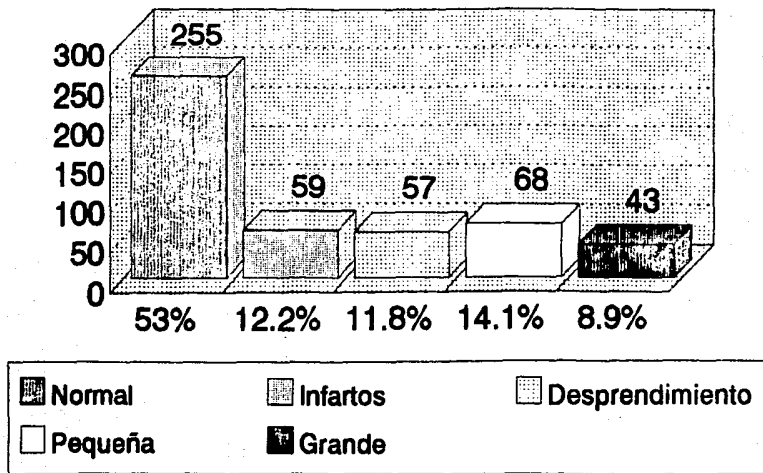


Fig 14, Características observadas en las placentas de los obitos, al momento de la extracción

CARACTERÍSTICAS DEL CORDON

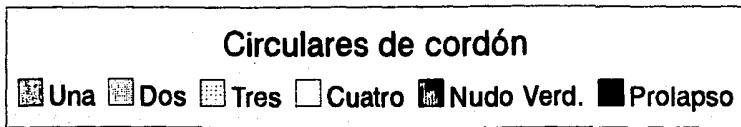
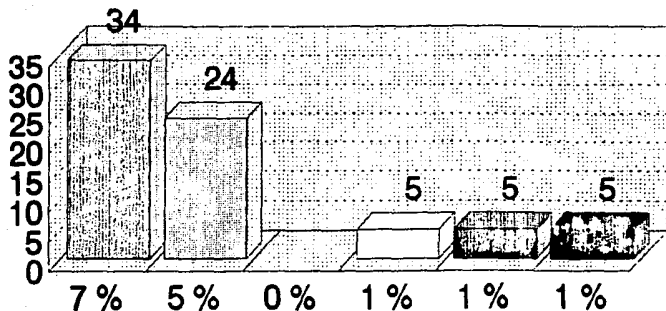


Fig 15, Características encontradas en los cordones umbilicales de los Obitos, circulares, nudos, prolapsos, etc.

MALFORMACIONES CONGENITAS

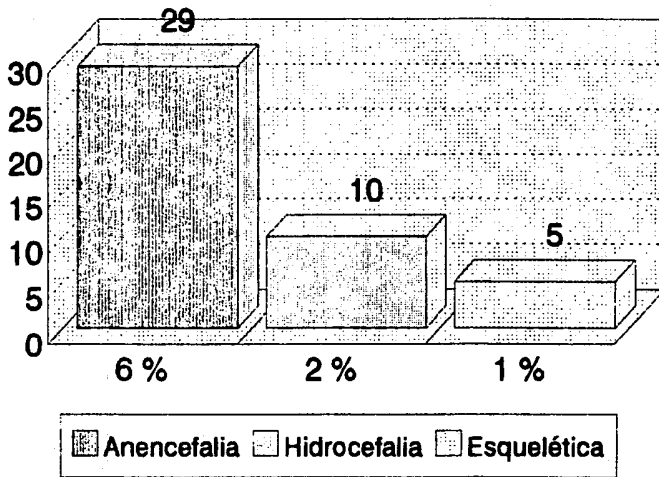


Fig 16. Frecuencia y porcentajes de malformaciones fetales encontradas en casos de muerte fetal

COMPLICACIONES

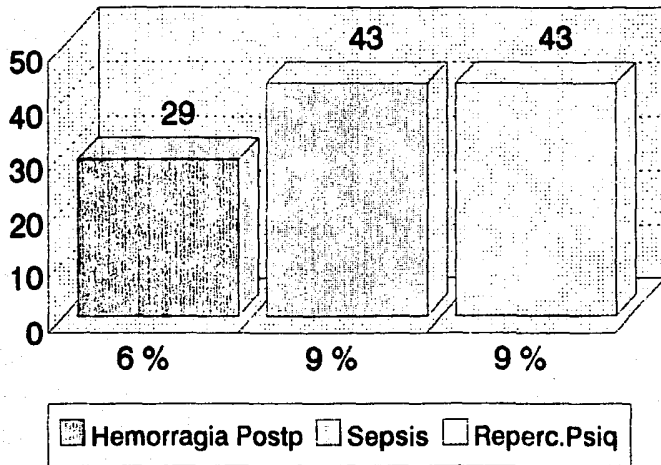


Fig 17, Tipo y frecuencia de complicaciones observadas en las paciente con Obito Fetal

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Abdellia TN, Sibai BM et al. Relationship of hypertensive disease to abruptio placentae. *Obstet Gynecol*, 1984; 63: 365.
- 2.- Benirschke K, Raphael SI: Candida Albicans infection of the amniotic sac. *Am J Obstet Gynecol*, 1988; 75: 200-2.
- 3.- Carlisson N J, Towers CV: Multiple gestation complicated by death of one fetus. *Obstet Gynecol*, 1989; 73: 685.
- 4.- Cubberly D A : Diagnóstico y muerte fetal. *Clin Obstet Gynecol North Am*, 1987; 2:243-7.
- 5.- Elizabeth D: Aspectos emocionales de la muerte perinatal. *Clin Obstet Ginecol North Am*, 1987; 2:335-43.
- 6.- Health Statics of the United States 1980;85-110.
- 7.- Iffy L, Kaminetsky H. *Obstetricia y Perinatología*. Editorial Panamericana 1985; 2: 1138-41.
- 8.- Lin C, Lindheimer MD, River P, et. al. Fetal Outcome in hypertensive disorders of pregnancy. *An J Obstet Gynecol*. 1982; 142:255.
- 9.- McClure-Brown JVC. Postmaturity. *JAMA* 1963; 186:1047-52.
- 10 - Potter EL. Pathology of eritroblastosis. *Clin Obstet Gynecol* 1964;7:102-7.
- 11 - Sibai BM, Spinatto JA :Pregnancy outcome in 303 cases with severe pre-eclampsia. *Obstet Gynecol*, 1984;64:319.
- 12- Timberg HJ, Vazquez JD: Morphological changes in the human placente following fetal death. *AM J Obstet Gynecol*, 1987;839; 850.

- 13.- Clínicas Obstétricas y Ginecológicas; Vol 2,1987.
- 14.- Hook EB: Obstet Gynecol 1981; 58: 282-5.
- 15.- Procedimiento en Obstetricia HGO-4. 1985.
- 16.- Yerushalmy J, Sheerar SE. Studies on twins. Hum Biol. 1980; 12: 95-113.
- 17.- Monografías de Ginecología y Obstetricia 1985. AMERHGOUC.