



**Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud
Carrera de Medicina**

**Año 2022
Trabajo Final de Carrera**

***Muerte fetal en tercer trimestre de embarazo
en mujeres menores de 45 años.***

**Fetal death in the third trimester of
pregnancy in women under 45 years of age.**

Alumno:

Sabrina Florek

SabrinaVeronica.Florek@Alumnos.uai.edu.ar

Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud

Universidad Abierta Interamericana

Tutor:

Estela Acosta

Estela.acosta@uai.edu.ar

Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud

Universidad Abierta Interamericana

Resumen

Introducción: Entre un 10 y un 15 % de los embarazos confirmados se interrumpen. La mayoría de las pérdidas ocurren antes de las ocho semanas. La muerte fetal es mucho menos común aproximadamente 1 de cada 160 embarazos terminan en un mortinato o muerte fetal. Múltiples estudios se han realizado para determinar la causalidad y factores de riesgo, en la muerte fetal, para así poder contribuir a la reducción del porcentaje de mortalidad fetal durante el embarazo. **Material y métodos:** Se analizaron un total de 37 pacientes desde el periodo comprendido entre el 1 enero del año 2020 al 31 de agosto 2021; en el presente se incluyeron a mujeres embarazadas con mortinato más allá de las 20 semanas de gestación o peso fetal superior a 500 gramos, mayores de 16 años y menores de 45 años. **Resultados:** De 3434 partos ocurridos en el periodo en estudio, 37 corresponden a óbitos fetales, de los cuales 10 casos (27,03%) corresponden a insuficiencia feto placentaria junto a los de causa desconocida, siendo las causas más frecuentes; se evaluaron la cantidad de casos que tuvieron consultas prenatales, calificándolos como inaceptables (2 consultas o menos) y aceptables; 23 casos (62,16%) fueron inaceptables, y 14 (37,81%) aceptables. Se evaluó la atención médica, basándonos en las historias clínicas, para determinar aquellos casos que podrían haber sido evitables; se clasificaron 21 casos como inevitables (56,75%) y 16 como evitables (43,2); comparando la muerte fetal en función de la edad gestacional, el 43,24% se produjo entre la semana 28 y 33 de gestación; el 35,14% a menos de 27 semanas; el 13,51% a las semanas 34 y 37, y el 8,11% entre la semanas 38 y 42; con respecto al ingreso del feto al hospital, hubo 10 casos (27,2%) de ingresos de feto vivo y 27 (72,8%) de ingreso de feto muerto; **Conclusión:** Si bien el porcentaje de fetos muertos ha disminuido en los últimos años en la Argentina, creemos que podría disminuir aún más, en función de la prevención en la atención primaria de la salud, como la detección precoz de diversos factores de riesgo y/o patología, que contribuyen en aumentar los factores de riesgo tanto para el feto como para la madre, en el contexto de la atención por parte de un equipo interdisciplinario de trabajo, proporcionando medidas de conducta y educación para la madre, para así conseguir la máxima eficacia en los resultados.

Palabras claves: “Feto”; “preclampsia”; “Diabetes gestacional”; “complicación del embarazo”

Abstract

Background: Between 10 and 15% of confirmed pregnancies are terminated. Most losses occur before eight weeks. Stillbirth is much less common about 1 in 160 pregnancies end in stillbirth or stillbirth.

Multiple studies have been carried out to determine the causality and risk factors in fetal death, in order to contribute to the reduction of the percentage of fetal mortality during pregnancy. **Material and methods:** A total of 37 patients were analyzed from the period from January 1, 2020 to August 31, 2021; pregnant women with stillbirth beyond 20 weeks of gestation or fetal weight greater than 500 grams, older than 16 years and younger than 45 years were included in the present. **Results:** Of the 3434 deliveries that occurred in the study period, 37 correspond to fetal deaths, of which 10 cases (27.03%) correspond to placental fetal insufficiency along with those of unknown cause, being the most frequent causes; the number of cases that had antenatal consultations was evaluated, qualifying them as unacceptable (2 consultations or less) and acceptable; 23 cases (62.16%) were unacceptable, and 14 (37.81%) acceptable. Medical care was evaluated, based on medical histories, to determine those cases that might have been avoidable; 21 cases were classified as unavoidable (56.75%) and 16 as avoidable (43.2); comparing fetal death according to gestational age, 43.24% occurred between week 28 and 33 of gestation; 35.14% at less than 27 weeks; 13.51% at weeks 34 and 37, and 8.11% between weeks 38 and 42; with respect to the admission of the fetus to the hospital, there were 10 cases (27.2%) of living fetus admissions and 27 (72.8%) of stillborn fetus admission; **Conclusion:** Although the percentage of dead fetuses has decreased in recent years in Argentina, we believe that it could decrease even more, depending on prevention in primary health care, such as the early detection of various risk factors and / or pathology, that contribute to increasing risk factors for both the fetus and the mother, in the context of care by an interdisciplinary work team, providing behavioral measures and education for the mother, in order to achieve maximum effectiveness in the results.

Keywords: “Fetus”; “preclampsia”; “gestacional diabetes”; “pregnancy complication”

INTRODUCCIÓN

La muerte fetal es una devastadora complicación del embarazo, que necesita un incremento en la prevención a partir del hallazgo de factores de riesgo (8.1)

De acuerdo con lo anterior, es importante la identificación del riesgo antenatal con el fin de detectar por primera vez el antecedente, la enfermedad o la alteración que aumenta la posibilidad de muerte fetal, para determinar el riesgo relativo de resultados obstétricos adversos, al compararla con la población general (8.2)

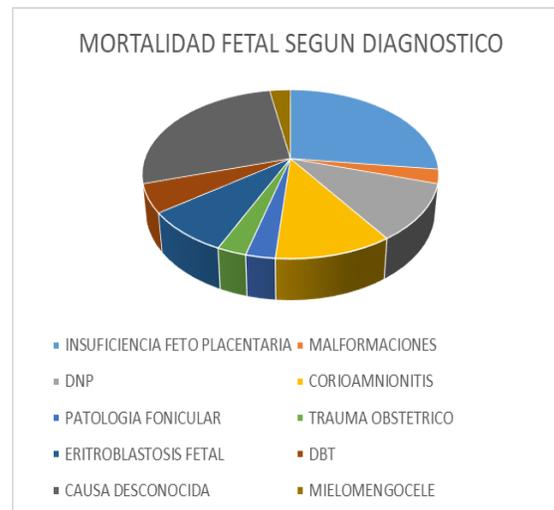
MATERIALES Y MÉTODOS

En el presente estudio epidemiológico se realizó una investigación de tipo observacional, retrospectivo, de tipo analítico y de corte transversal; en el Hospital materno infantil Ana Goitia desde el periodo comprendido entre el 1 enero del año 2020 al 31 de agosto 2021; en el presente se incluyeron a mujeres embarazadas con mortinato más allá de las 20 semanas de gestación o peso fetal superior a 500 gramos, mayores de 16 años y menores de 45 años. De los 3434 partos ocurridos en el periodo de investigación, 37 corresponden al diagnóstico de óbito fetal; se excluyeron: pacientes atendidas fuera

del periodo de estudio, historia clínica de pacientes con datos incompletos, pacientes con diagnóstico de muerte fetal intrauterina con menos de 20 semanas de gestación y embarazos gemelares.

RESULTADOS

Se estudiaron un total de 37 casos de feto muerto; en función a determinadas variables, se han elaborado diferentes tablas que arrojan los siguientes resultados: del total de casos, 10 casos corresponden a Insuficiencia feto placentaria, como la causa más frecuente de feto muerto, junto con la de origen desconocido, arrojando un 27,03% cada una; 4 casos (10,81%) corresponden a desprendimiento normo placentario junto con corioamnionitis; 3 casos (8,11%) correspondieron a eritroblastosis fetal; 2 casos (5,41%) a DTB, y solo un caso (2,70%) a patología fonicular, trauma obstétrico, mielomeningocele y malformaciones congénitas; se consideraron a las mismas como todas aquellas anomalías congénitas incompatibles con la vida.



En base a los datos anteriormente presentados, se evaluó la relación entre el diagnóstico y el control prenatal, clasificando como inaceptable, aquellos casos en donde no hubo control o el mismo fue de dos controles como mínimo, y aceptable cuando fueron tres o más controles prenatales.

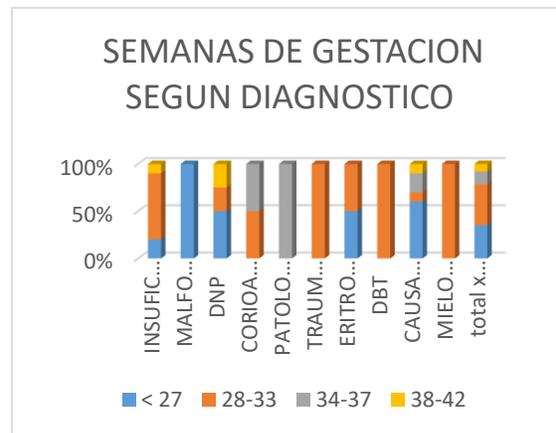
Fue inaceptable en el 100% en los casos de malformaciones fetales, patología fonicular, DTB y mielomeningocele, mientras que con el 80% con diagnóstico de causa desconocida; con el 75% en el caso de eritroblastosis fetal; con el 50% desprendimiento normo placentario, y con el 40% la IFP.

Se plantea ahora la prevención desde el punto de vista y la responsabilidad médica, examinándose cada una de las historias clínicas en forma particular y detallada; en función de dicho comportamiento, es que se confecciona una tabla de mortalidad fetal en función de la prevención médica según diagnóstica, y se la dividió en dos grupos: los casos evitables y no evitables; se calificó como evitable a toda aquella muerte ocurrida sin la conducta médica correspondiente, o en aquellos casos en donde hubieran existido procedimientos

innecesarios o contraindicados, en donde sin estos errores el feto probablemente hubiera sobrevivido, siempre desde el punto de vista de la prevención obstétrica y según diagnóstico; se excluyeron las muertes fetales por malformaciones ya que se consideran incompatibles con la vida. Se clasificaron con evitables, 13 de 36, es decir un 36,1%; de esas 13, 5 correspondían a IFP, por lo que habría que aumentar las medidas preventivas de diagnóstico precoz y seguimiento de esta patología.

En comparación con la población general, surgen datos interesantes al evaluar la semanas de gestación de la mortalidad y la población general, en donde el 91,6% de los nacimientos ocurren después de la semana 38, el 3,6% entre la semana 34 y 37, el 1,1% entre la semana 27 y 33 y el 0,3% entre la 20 y la 27; en comparación a estas cifras, en el caso de la muerte fetal, el 37,8% entre la semana 28 y 33; el 35,13% antes de la semana 27; el 18,9% entre la semana 34 y 37 y el 8,1% entre la semana 38 y 42; esto demuestra que existe una distribución relativamente pareja de la muerte fetal.

También se evaluó la muerte fetal en función de las semanas de gestación según diagnóstico, y se crearon cuatro grupos en función de la edad gestacional; los menores de 27 semanas; entre 28 y 33 semanas; 34 y 37 semanas y entre 38 y 42 semanas; con la mayor se ubican las gestaciones de entre 28 y 33 semanas, siendo de 16 casos y correspondiendo al 43,24%; en segundo lugar las producidas antes de la semana 27 con el 35,14%, que represento 13 casos; con 13,51% (5 casos) y el 8,11% (3 casos) entre la semana 38 y 42.



Con referencia al ingreso según diagnóstico, se contabilizaron la cantidad de fetos que ingresaron vivos y los muertos; con 100% de los casos de ingreso de feto muerto se encuentran los casos de causa desconocida junto a la de malformaciones, mielomeningocele y DBT; 75% IFP y eritroblastosis fetal; 50% DNP y el 25% de corioamnionitis.

DISCUSIÓN

Si bien el porcentaje de fetos muertos ha disminuido fehacientemente en los últimos años en la Argentina, el hecho concreto es determinar si podría disminuir aún más. Fundamentamos nuestra investigación en registros hospitalarios de mujeres embarazadas menores de 45 años, y cursando el tercer trimestre de gestación.

Se intentara determinar las principales causalidades de los mismos; una vez identificadas estas, se estudiarían las mismas a través de exhaustivas investigaciones, para poder brindar mayor información, en cuanto a su etiopatogenia, detección temprana, signo-sintomatología, tratamiento durante la gestación o

tratamientos anteriores, eficacia y prevención, como así teniendo en cuenta el contexto socioeconómico, cultural, personal y familiar de la paciente.

En base a dichos datos focalizar o re direccionar programas preventivos de la salud primaria, y de la salud sexual y reproductiva en jóvenes y adolescentes, aumentar la frecuencia de consultas obstétricas e interconsultas con los especialistas correspondientes, para optimizar los resultados, buscando la equidad en la atención médica con relación a la maternidad.

El término “feto muerto” hace alusión al vínculo establecido en la unidad materno-fetal, por lo que obliga a la investigación de factores maternos, fetales y placentarios.

La finalidad del presente, es lograr, a partir de la determinación de las principales causalidades de muerte fetal, una **visión integradora**, de cómo abordar este complejo e irreversible cuadro, siendo una de las circunstancias obstétricas más trágicas, tanto como para los padres como para el médico, por lo que tal evento catastrófico obliga a buscar la probable causa y profundizar la investigación; detección y tratamiento en forma temprana, adecuado y multidisciplinario, incluyendo el acompañamiento emocional por parte del equipo de salud.

Aunque existe un gran porcentaje de causas de muerte desconocidas, un requisito importante para reducir la tasa de mortalidad fetal es la determinación de la causa/ factores desencadenantes y un objetivo importante es el empleo de nuevas tecnologías y líneas de investigación

para reducir el número de muertes fetales inexplicadas.

El Hospital materno infantil Ana Goitia, con el fin de poder brindar una mejor atención a la paciente embarazada, y dado que es una de sus principales metas institucionales la de colaborar con la reducción de la mortalidad de recién nacidos y mortalidad materna durante el parto o embarazo, es que han creado los diferentes “Hospitales de día”, cada uno especializado en los diferentes cuadros, factores patológicos y característicos de cada una de las pacientes; los mismos cuentan con equipos de atención interdisciplinarios, con profesionales altamente capacitados y especializados en las diferentes áreas obstétricas de prevención, que se ajustan a las necesidades de cada paciente, basados en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento, con el objetivo de mejorar la calidad de atención materno infantil, desde todas sus perspectivas.

Desde el punto de vista de la autora, se han elaborado las siguientes propuestas en función de la de recepción de la paciente, encuadre y seguimiento de aquellas patologías que mostraron mayor influencia en la mortalidad perinatal, desde un enfoque interdisciplinario y desde el punto de vista de la atención primaria.

Personal médico especializado en la búsqueda y detección de los signos que podrían poner en riesgo la vida del feto y/o la madre.

Jerarquización de la signo sintomatología de las distintas enfermedades más frecuentes, que pudieran causar riesgo para el feto y/o la madre.

Derivación temprana de la paciente al departamento de alto riesgo con internación oportuna en caso de dificultades en el seguimiento, incumplimiento del tratamiento o agravamiento.

Atención integrada de la paciente con psicóloga y asistente social a fin de que la misma tome contacto con el riesgo que la enfermedad presente implica para sí y para su hijo.

CONFLICTOS DE INTERÉS

El autor declara no tener conflicto de interés.

BIBLIOGRAFÍA

Gardosi J, Madurasinghe V, Williams M, Malik A, Francis A. Maternal and fetal risk factors for stillbirth: population based study. *British Medical Journal* 2013;346:f108

Molina S, Alfonso D. Muerte fetal anteparto: ¿es una condición prevenible? *Univ. Méd Bogotá (Colombia)*, 51 (1): 59-73, enero-marzo 2010.

Sinobas. Muerte fetal. En: Rigol OR. *Obstetricia y ginecología*. Patología obstétrica. Vol. 2. La Habana: Ed. Pueblo y Educación, 1989 y *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología* “Muerte fetal” https://www.ecured.cu/Muerte_fetal

2) Rajshekher V Mali, Anita Dalal, Romana Khursheed, Aditya Gan, 22 de julio de 2021, “Association of Stillbirths with

Maternal and Fetal Risk Factors in a Tertiary Care Hospital in South India” <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34335785/>

3) Ariarathinam Newtonraj, Manmeet Kaur, Madhu Gupta, Rajesh Kumar, 2017 Nov 13, “Level, causes, and risk factors of stillbirth: a population-based case control study from Chandigarh, India”, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29132325/>

4) Ruth Fretts, 2010, “Stillbirth epidemiology, risk factors, and opportunities for stillbirth prevention”, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20661043/>

5) Dr. Óscar Oviedo Moreno (ginecólogo) y Zaira Salvador (embrióloga). *Actualizado el 15/10/2019*, “Muerte fetal intrauterina: síntomas, causas y apoyo emocional”, <https://www.reproduccionasistida.org/muerte-fetal/>

6) Diagnóstico y Tratamiento de Muerte Fetal con Feto Único Guía de Práctica Clínica GPC Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-567-12” <http://www.imss.gob.mx/sites/alm/statics/guiasclinicas/567GRR.pdf.mx>

7) Obstetra María Paulina Torres (2013), “Determinar la frecuencia de las causas predisponentes del óbito fetal en pacientes atendidas en el hospital materno infantil Dra Matilde Hidalgo de Porcel en el lapso del 6 de septiembre de 2012 a febrero 2013” <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/re>

dug/1814/1/DETERMINACION%20DE%20LAS%20CAUSAS%20MAS%20FRECUENTES%20DE%20OBITO%20FETAL.pdf

8) José Gabriel Loyola Ullauri; Juan Manuel Oyervide Soto (2016), “Frecuencia y características del óbito fetal en el Hospital Vicente Corral Moscoso de la Ciudad de Cuenca, 2010 a 2014”, <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/25550/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION.pdf>

9) M.C. CINTIA MARTÍNEZ VALDEZ, (2014), “EPIDEMIOLOGÍA DE LOS FACTORES DE RIESGO DEL ÓBITO FETAL, HOSPITAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA INSTITUTO MATERNO INFANTIL DEL ESTADO DE MÉXICO, 2012” México, <http://ri.uaemex.mx/oca/view/20.500.11799/14859/1/Tesis.417697.pdf>

10) Cesar Ferbabdi Bustamante Núñez, (2016), “Factores asociados a muerte fetal en dos hospitales referenciales de Lambayeque”; Perú, https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/1904/Fustamante_c.pdf?sequence=3&isAllowed=y

11) “Hospital Subzonal Especializado Materno Infantil “Ana Goitia” (Avellaneda)” <https://www.cruba.com.ar/index.php/buenos-aires/item/goitia-avellaneda>

12) Adoptada por la 18 Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre de 1975, la

35 Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre de 1983 y la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre de 1989. “Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica en personas” http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/helsinki.pdf

13) Wikipedia (se editó en 2021) “Declaración de Helsinki” https://es.wikipedia.org/wiki/Declaración_de_Helsinki

14) “Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos” <https://www.wma.net/es/politicas-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>

15) “Clasificación de la Hipertensión arterial según la OMS” (2017) <https://salud.ccm.net/faq/33210-clasificacion-de-la-hipertension-arterial-segun-la-oms>

