

EPIDEMIOLOGÍA DE LA MUERTES FETALES: INSTITUTO ESPECIALIZADO MATERNO PERINATAL. 2003

Erasmus Huertas

RESUMEN

OBJETIVOS: Determinar la frecuencia de muerte fetal intrauterina (MFIU) en un hospital de IV nivel de atención. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Revisión de historias clínicas de todos los casos de muerte fetal intrauterina registrados en la base de datos de la Dirección de Estadística e Informática del Instituto Especializado Materno Perinatal (IEMP), ocurridos entre el 1 de enero y 31 de diciembre de 2003. Los datos de interés fueron procesados con el software del Sistema Informático Perinatal V 1,5. **RESULTADOS:** Durante el periodo de estudio hubo un total de 17,869 partos, de los cuales 130 correspondieron a muertes fetales intrauterinas, lo cual da una tasa de 7,33 por mil RNV. Las patologías maternas asociadas fueron: anemia en 40% de los casos, amenaza de parto pretérmino (33,1%) y preeclampsia/eclampsia (15,5%). La patología fetal asociada consistió en rotura prematura de membranas, restricción del crecimiento intrauterino y malformaciones congénitas. Un 9,2% de las MFIU se presentó intraparto. **CONCLUSIONES:** La tasa de muerte fetal intrauterina en el IEMP se conserva dentro de valores promedios internacionales. Deben realizarse estudios prospectivos para determinar riesgos relativos en diferentes grupos etarios, así como para evaluar los protocolos de manejo de las principales patologías asociadas al problema y la calidad del control prenatal.

PALABRAS CLAVE: Muerte fetal intrauterina; Epidemiología; Perinatología

Rev Per Ginecol Obstet 2005; 51:229-232

ABSTRACT

OBJECTIVES: To determine the frequency of intrauterine fetal death at a IV level assistance hospital. **MATERIALS AND METHODS:** Clinical charts of intrauterine fetal deaths registered at the Statistics and Informatics Direction of the Materno Perinatal Specialized Institute data base and occurring between January 1 and December 31, 2003 were reviewed. Data was processed with the Perinatal Informatics System V 1,5 software. **RESULTS:** There were 17,869 deliveries during this period including 130 intrauterine

fetal deaths, with a rate of 7,33 per thousand live newborns. Associated maternal pathologies were anemia in 40% of cases, threatened preterm delivery (33,1%) and preeclampsia/ eclampsia (15,5%). Associated fetal pathology consisted mainly in premature rupture of membranes, fetal growth restriction and congenital malformations; 9,2% of fetal deaths occurred during the delivery. **CONCLUSIONS:** Intrauterine fetal death at our Institute is within international figures. Future studies should determine relative risks due to age, assess treatment protocols of main associated pathologies and the quality of prenatal control.

KEYWORDS: Intrauterine fetal death; Epidemiology; Perinatology.

Ginecoobstetra, Unidad de Medicina Fetal, Instituto Especializado Materno Perinatal, Facultad de Medicina Humana, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú. Correspondencia: Dr. Erasmo Huertas-Tacchino Jr. Miró Quesada 947, Lima 1. Teléfono: 328-1510 Anexo 152. Fax: 328-0998 erasmohuertas@hotmail.com ehuertat@iemp.gob.pe

Rev Per Ginecol Obstet 2005; 51:229-232



INTRODUCCIÓN

La muerte fetal intrauterina (MFIU) constituye una pesadilla para los padres y el personal de salud encargado del control del embarazo. A pesar de los avances científicos y tecnológicos que se ha introducido en el campo de la perinatología y de los cambios en los cuidados anteparto e intraparto, en los últimos años han disminuido los progresos en la reducción de la mortalidad fetal (Bell, 2004). Las tasas de muerte fetal clasificadas como 'inexplicables' permanecen invariables.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la MFIU como la muerte que ocurre antes del nacimiento (ie, expulsión y/o extracción del bebé del vientre materno) a cualquier edad gestacional. En un intento por separar las pérdidas gestacionales tempranas (abortos espontáneos) de la pérdidas gestacionales tardías, la OMS y el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos recomiendan que las estadísticas de muerte fetal incluyan sólo las muertes ocurridas *in utero*, en la cual el feto o neonato pese 500 g o más (Lindsey, 2005).

Las tasas de MFIU varían considerablemente dependiendo de la calidad de los cuidados médicos disponibles en el país en cuestión. Así, mientras en países desarrollados como los Estados Unidos de Norteamérica esta tasa es de sólo 6,4 por mil RNV (Martín, 2005), en países del tercer mundo como Nigeria llega a 63 por mil (Onadeko, 2003), una cifra 10 veces mayor.

El presente estudio intenta determinar la frecuencia de MFIU en un instituto de referencia de IV nivel de atención en Lima, Perú. Se espera que los hallazgos sensibilicen al personal asistencial acerca de la importancia del tema e identifiquen puntos críticos que motiven investigaciones específicas relacionadas con el tema.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se revisó las historias clínicas de todos los casos de MFIU registrados en la base de datos de la Dirección de Estadística e Informática del Instituto Especializado Materno Perinatal ocurridos entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2003. Los datos de interés fueron registrados en la Hoja de la Historia Clínica Perinatal Base (CLAP/OPS-OMS) y procesados con el software del Sistema Informático Perinatal V 1,5.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio hubo un total de 17 869 partos en el Instituto, de los cuales 130 correspondieron a muertes fetales intrauterinas, con una tasa de MFIU de 7,33 por mil recién nacidos vivos (RNV).

De las 130 madres con MFIU, el 20% era adolescentes (15 a 19 años) y 13%, añosas (≥ 35 años). La mayoría era múltipara (53,8%) y la edad gestacional a la cual se producía la mayoría de eventos era antes de las 37 semanas (75,4%).

El mayor porcentaje de casos de MFIU ocurrió en pacientes con control prenatal (65,4%) y la vía del parto predominante empleada fue la vaginal (80%). La Tabla 1 representa la distribución de los casos de acuerdo a las variables sociodemográficas estudiadas.

La Tabla 2 muestra la distribución de los casos de MFIU, según patología materna o fetal y/o placentaria asociada, observándose que la anemia estuvo presente en 40% de los casos, seguida muy de cerca por la amenaza de parto pretérmino (33,1%) y la preeclampsia/ eclampsia (15,5%). Sin embar-

Tabla 1. Características de la población

Característica	N	%
• Edad (años)		
– Menor de 20	26	20,0
– 20-34	87	67,0
– Mayor o igual de 35	17	13,0
• Paridad		
– Nulípara	60	46,2
– Múltipara	67	51,5
– Gran múltipara	3	2,3
• Edad gestacional (semanas)		
– Menor de 37	98	75,4
– De 37 a 41	32	24,6
– Mayor o igual de 42	0	0
• Control prenatal		
– Sí	85	65,4
– No	44	33,8
• Vía del parto		
– Vaginal	104	80,0
– Cesárea	26	20,0
Total	130	100,0

**Tabla 2.** Patología materna asociada, fetal y/o de anexos

	N	%
• Patología materna		
– Ninguna	18	13,8
– Anemia	52	40,0
– Amenaza de parto pretérmino	43	33,1
– Preeclampsia/eclampsia	20	15,5
– Infección de la vía urinaria	17	13,1
– Cardiopatía	2	1,5
– Diabetes mellitus	0	0
– Otras	85	65,0
• Patología fetal y/o de anexos		
– Rotura prematura membranas	23	17,7
– RCIU (PEG)	19	14,6
– Malformaciones congénitas	16	12,3
– Desprendimiento prematuro de placenta	14	10,8
– Oligoamnios (con membranas íntegras)	13	10,0
– Corioamnionitis	9	6,9
– Polihidramnios	8	6,1
– Embarazo múltiple	3	2,3

go, no se reportó patología materna en 13,8% de casos. En cuanto a la patología fetal asociada, las tres primeras causas fueron rotura prematura de membranas (RPM), restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) y malformaciones congénitas.

El momento de ocurrencia de la MFIU fue intraparto en el 9,2% (12 muertes) y durante el embarazo en el 69,2% (90 muertes). En el 21,5% (28 muertes) de los casos se desconoce el momento de ocurrencia.

La Tabla 3 presenta la distribución de los pesos al nacer de los casos de MFIU. Se observa que 76,2% de los productos tenía peso bajo al nacer y un 5,4%, un peso menor de 500 g.

Tabla 3. Peso al nacer

Peso recién nacido (gramos)	N	%
• Menor de 500	7	5,4
• 500- 1 499	58	44,7
• 1 500- 2 500	34	26,1
• 2 500- 3 999	28	21,5
• Mayor de 3 999	3	2,3
Total	130	100,0

DISCUSIÓN

No existe consenso para definir la muerte fetal intrauterina. Algunos autores toman como punto de referencia la edad gestacional mayor o igual a 20 semanas (Petiti, 1987), mientras que otros se basan en el peso al nacer por encima de 500 g (Díaz, y col, 1992). En el presente trabajo definimos los casos de muerte fetal intrauterina en razón de la edad gestacional mayor o igual a 20 semanas.

La tasa de MFIU encontrada en el presente estudio es 7,27 por mil RNV, la cual se encuentra dentro de los promedios considerados aceptables internacionalmente (<10 por mil) (Martín, 2005). Se ha observado una disminución marcada con respecto a la incidencia reportada en la misma institución en la década anterior, 13,58 por mil en el año 1994 (Huertas, 1997).

Sorprende el hecho que 65% de los casos haya ocurrido en gestantes con control prenatal, lo cual amerita una investigación exhaustiva para determinar la calidad del mismo, ya que según la literatura internacional este evento tiende a ser más frecuente en gestantes no controladas, tal como lo demuestra la publicación del Dr. Conde-Agudelo, en base a un análisis de 837 232 partos únicos registrados en la Base de Datos del Sistema Informático Perinatal del CLAP, entre 1985 y 1997, según el cual la falta de control prenatal aumenta el riesgo en 4,26 veces (Conde-Agudelo, 2000).

Otro de los hallazgos controversiales es la relativa baja frecuencia de MFIU en gestantes añosas (13%), lo cual debería motivar la realización de un estudio casos-controles para determinar el riesgo relativo en este grupo etario, al cual se le asocia con alta incidencia de muerte intrauterina (Chamberlain, 1981).

En cuanto a las patologías maternas encontradas en el presente estudio, hay que señalar que por su carácter retrospectivo no se pudo evaluar algunas de ellas, como el síndrome antifosfolípídico o la colestasis intrahepática, ya que no se realiza estudios de rutina para estas patologías. Asimismo, en lo que respecta a las patologías fetales y/o anexas, el hecho que la rotura prematura de membranas sea el primer factor asociado a MFIU (17,7%), desplazando a las malformaciones congé-



nitias al tercer lugar, obliga a revisar el protocolo de manejo de la RPM en la institución.

Finalmente, se decidió evaluar el momento de la ocurrencia de la muerte fetal intrauterina para tener una mejor aproximación a la calidad de la atención obstétrica en la institución (Cunningham, 1996), observándose que sólo 9,2% de los casos (12/130) se produjo intraparto. Esta cifra representa realmente una proporción muy pequeña de complicaciones intraparto (1/1489), pero que definitivamente debe eliminarse en el plazo más breve.

En conclusión, la tasa de muerte fetal intrauterina en el IEMP se conserva dentro de valores promedios internacionales. Debe realizarse estudios prospectivos para determinar riesgos relativos en diferentes grupos etarios, así como para evaluar los protocolos de manejo de las principales patologías asociadas al problema y la calidad del control prenatal.

AGRADECIMIENTOS

Al personal de procesamiento de datos y Archivo de Historias clínicas del IEMP. A mis alumnos de Medicina Humana de la UNMSM. A las Srtas. Mariangela Lau y Bresnia por su apoyo en la digitación de datos al sistema.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lindsey JL, Hernández G. Evaluation of Fetal Death. 2005. <http://www.emedicine.com/med/topic3235.htm>
2. Martin JA, Kochanek KD, Strobino DM, Guyer B, MacDorman MF. Annual summary of vital statistics, 2003. *Pediatrics*. 2005;115(3):619-34.
3. Onadeko MO, Lawoyin TO. The pattern of stillbirth in a secondary and a tertiary hospital in Ibadan, Nigeria. *Afr J Med Sci*. 2003;32(4):349-52.
4. Petitti DB. The epidemiology of fetal death. *Clin Obstet Gynecol*. 1987;30:253.
5. Díaz AG, Sarué E, Fescina R, Giacomini H, Díaz-Rosello JL, Simini F, López R, Schwarcz R. Muerte fetal. En: *Estadística Básica. Manual de Autoinstrucción. Publicación Científica CLAP N° 1249*. 1992.
6. Huertas E. Muerte fetal tardía: Incidencia y factores asociados en el Instituto Especializado Materno Perinatal, del 1 de enero al 31 de diciembre de 1994. Trabajo de Investigación para optar título de especialista, 1997.
7. Conde-Agudelo A, Belizan JM, Díaz-Rosello JL. Epidemiology of fetal death in Latin America. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2000;79(5):371-8.
8. Chamberlain GV. The epidemiology of perinatal loss. *Progress in Obstetrics and Gynaecology*. 1981;1:1-17.
9. Cunningham FG, MacDonal PC, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC. Obstetricia en una perspectiva amplia En: *Obstetricia de Williams*. 4ª Ed. 1996: 7.
10. Archibong EI, Sobande AA, Asindi AA. Antenatal intrauterine fetal death: a prospective study in a tertiary hospital in south-western Saudi Arabia. *J Obstet Gynaecol*. 2003;23(2):170-3.
11. Bell R, Parker L, MacPhail S, Wright C. Trends in the cause of late fetal death, 1982-2000. *BJOG*. 2004;111(12):1400-7.
12. Goldenberg RL, Kirby R, Culhane JF. Stillbirth: a review. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2004;16(2):79-94.
13. Chiswick ML. Commentary on current World Health Organization definitions used in perinatal statistics. *BJOG*. 1986;93:1236-8.