

III INTRODUCCIÓN

ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

La muerte fetal constituye una tragedia para el obstetra, su paciente y obviamente la familia de esta. Es un acontecimiento que pone a prueba las destrezas tanto técnicas como interpersonales del médico. Nuevos métodos diagnósticos y una mejor comprensión de la fisiopatología han permitido esclarecer la causa del deceso en una proporción mayor que en el pasado. Nunca se insistirá lo suficiente en investigar la causa probable del óbito fetal con el fin de orientar, asesorar a la paciente sobre las probabilidades de recurrencia e intentar la prevención o iniciar el tratamiento.

La muerte fetal intrauterina es una de las complicaciones más trágicas y difíciles de enfrentar en la práctica obstétrica diaria. Ocurre con una frecuencia de aproximadamente 6 casos por cada 1000 nacidos vivos, y es responsable de la mitad de las muertes perinatales. El médico clínico se ve enfrentado a dos dilemas. El primero corresponde al estudio de la causa del problema actual, y el segundo al manejo de una eventual gestación futura.

En Chile este problema tiene una frecuencia de aproximadamente 4/1000. Si se analiza su incidencia durante las dos últimas décadas se observa que tanto en Chile como en Estados Unidos de Norteamérica, ésta se ha reducido notablemente,

fundamentalmente a expensas de aquellas causas que dependen del manejo apropiado del “embarazo de alto riesgo”. A partir de los 80 su incidencia permaneció estable.

En una cohorte bien caracterizada en Japón, que involucró el seguimiento de más de 22,000 fetos durante 1989-1991, se observó que la frecuencia de muerte fetal intrauterina disminuye conforme avanza la gestación, desde, por ejemplo, un 6 por mil a las 23 semanas, hasta cifras del orden 1 por mil a las 39 semanas, para luego aumentar a 4 por mil a las 42 semanas de gestación. Por otra parte se sabe que este es un evento recurrente. Al efectuar estudios en una serie de 348 pacientes con muerte fetal como evento primario, se observó que en 33 de ellas este hecho volvió a repetirse, otorgando un riesgo relativo de 8.4 y una razón de disparidad Odd Ratio 10,02. Por este motivo la forma de aproximarse a este problema es aproximarse a la causa para así dar un consejo apropiado y oportuno en la gestación siguiente.

Rara vez existe un estudio completo que permita responder las interrogantes que esta complicación plantea. Un problema frecuente se observa al tratar de reunir la casuística de diferentes lugares, es la heterogeneidad de las evaluaciones y de los diagnósticos etiológicos finales, dependiendo ello de si esa evaluación es primariamente realizada por un patólogo, un genetista o un obstetra. Cuando se registra la causa de muerte en Chile, no es infrecuente encontrar el diagnóstico de muerte hipoxia intrauterina, evento final que puede ser causado por múltiples etiologías.

Desde el punto de vista clínico, los diversos estudios agrupan las causas de diferentes maneras. En 1983, en la ciudad de Wisconsin, EUA, se estableció un centro de referencia para el estudio de mortinatos y mortineonatos. En 1994 se realizó un análisis de los primeros 1000 casos referidos. Interesantemente, su estudio etiológico

permitió conocer que desde el punto de vista clínico, sobre un total de 795 óbitos, un 25% pudo ser considerado como causa fetal, un 4% de origen materno, un 14% de causa placentaria-cordón umbilical y un 57% de etiología desconocida. En Chile según información de 1992, sobre un total de 1667 casos de muerte fetal, un 10% de las veces la etiología fue fetal, 15% materno, 40% placentario-cordón, 10% causas varias y 25% desconocidas.

El denominador correcto para el cálculo de la frecuencia de mortalidad fetal es el número de nacidos vivos sumado al número de muertes fetales, el número total de nacimientos. En muchos casos, incluyendo los cálculos realizados por United States National Center For Health Statistics, la mortalidad se computa con base a un denominador de nacidos vivos. El resultado de tal cálculo es técnicamente una razón matemática y no un índice. Cuando el total de nacidos vivos es muy grande como en el caso de EUA, la discrepancia entre la razón de mortalidad fetal y la tasa de la misma es muy pequeña. Sin embargo cuando el número de nacidos vivos es pequeño y la cifra de muertes es grande, la razón de mortalidad fetal será considerablemente mayor que la tasa. Cuando el número de muertes es mayor que el de nacidos vivos, como puede ser el caso de los nacimientos con peso muy bajo, la razón puede ser un número imposible, como $1250/1000$.

Hay definiciones varias acerca de la muerte fetal intrauterina, como por ejemplo en Chile se define como óbito fetal a la muerte fetal intrauterina durante la gestación, a partir de las 20 semanas y hasta el momento del parto. En algunos lugares existe, además la exigencia de que el feto pese más de 500 o 350 gramos. Mientras que en EUA el National Center for health Statistic, reconoce como muerte fetal a las de

gestación de más de 20 semanas o más. De ahí la importancia de conocer la definición exacta de acuerdo a el lugar donde se desarrolle el estudio de los óbitos fetales. En los países en desarrollo la mortalidad fetal se calcula en base a las gestaciones mayores de 28 semanas. Las comparaciones de la mortalidad fetal basadas en la comparación con las muertes a las 20 semanas o más con las ocurridas luego de las 28 semanas es técnica y lógicamente invalidas. Debido al número reducido de muertes fetales ocurridos entre la semana 20 y 27 de la gestación en relación con las de más de 28 semanas, una comparación entre ambas es menos distorsionada que una comparación entre la mortalidad basada en todas las muertes fetales y la que se basa solo en las ocurridas as 20 o más semanas. Nuevamente sin embargo, en las comparaciones de mortalidad fetal entre países distintos debe considerarse la edad gestacional de los fetos incluidos en el cálculo del índice. La Organización Mundial de la Salud ha indicado en sus publicaciones que la muerte del feto significa que este “no respira ni da más signos de vida, como latido del corazón, pulsación del cordón umbilical o movimiento definido de los músculos voluntarios

Se cuentan con estudios múltiples al respecto del óbito fetal como el estudio publicado en la revista americana de epidemiología en 1998, en la cual se muestra un estudio con una población de 12,435 embarazadas cuya característica principal era el ser fumadoras, consumiendo una cajetilla al día el riesgo de muerte fetal se elevo a 77%, pero en el grupo de mujeres quienes además de fumar se les agrego complejo vitamínico esta probabilidad de muerte fetal descendió hasta un 22%, por lo que el estudio recomienda en las fumadoras el uso de complejo vitamínico. Un estudio publicado por Bel et al en 1999 en la

revista de epidemiología americana realiza una revisión de las muertes fetales asociadas al uso de pesticidas, este estudio llevado a cabo en California se estudio los registros del estado, en la cual se notaba una asociación entre muerte fetal y el uso de pesticidas . Hay otro estudio publicado en el New England Journal of medicine , en el cual se reviso la asociación entre la edad materna y muerte fetal, esta revisión abarcó desde 1961-1993, si bien es cierto la incidencia de muerte fetal declinó de 11.3 en los 60` a 3.1 en 1993 la edad materna avanza se mantiene como factor de riesgo para muerte fetal.

Tricoli V, publica en el American Journal Obst.Gynecol en 1995 su artículo titulado muerte fetal en utero, en la cual mencionan acerca del tratamiento de la muerte fetal, sobre todo en pacientes que estaban lejos de término , en su grupo de estudio esperaron el inicio de trabajo de parto espontáneo en 165 mujeres con muerte fetal intrauterina en las cuales el peso fetal era mayor de 1000 gr. El 90% entro en trabajo de parto dentro de un plazo de 14 días y el 93% tuvo parto dentro de un periodo de 21 días. Existen estudios clásicos como el de Phillips y colaboradores observaron 69 mujeres con feto muerto retenido . De las que retuvieron el feto por más de cinco semanas , 10% se encontraban en una fase activa de depleción de fibrinógeno, y más de 40% tenían concentración baja de fibrinógeno a las 5 semanas, presentaron niveles de 120mg/ml hacia las nueve semanas. Con un nivel de 100mg/ml la sangre no coagula. De ordinario los niveles de fibrinógeno se recuperan dentro de las 48 hs posteriores al parto. Aunque los métodos actuales para diagnosticar muerte fetal y la técnicas para inducir trabajo de parto reducen al mínimo las probabilidades de que el feto se

retenga por un tiempo suficiente como para que cause hipofibrinogenemia, cuando este cuadro se asocia con retención de feto muerto, puede corregirse con el uso de heparina en pacientes con circulación intacta

Se cuenta con diferentes artículos en los cuales nos hablan de la epidemiología del óbito fetal, pero no en forma global, son estudios que evalúan en forma específica un parámetro determinado, además la bibliografía refiere que es muy difícil extrapolar resultados por las realidades tan distintas, dentro de un propio país con mayor razón cuando quisiéramos comparar con otras realidades llámese Europa donde tienen un registro muy detallado de sus interurrencias de morbilidad. En nuestro país la muerte fetal intrauterina con cifras en promedio de 12 por 1000 muy cercanas (que no es adecuado hacer la comparación), a la de los americanos pero de los años 60-70, ellos actualmente con cifras que están en 1 por mil, en Sudamérica los chilenos con cifras de 6 por mil.

Por lo cual es importante poder determinar y conocer aspectos epidemiológicos de la muerte fetal intrauterina, así como los factores asociados en nuestra realidad, para de esa manera poder determinar estrategias que nos permitan disminuir estas tasas actuando sobre variables que sean modificables por las entidades de salud y sobre todo por nosotros los ginecoobstetras. Por los motivos argumentados líneas arriba, decidí realizar el siguiente proyecto.