

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

Fundada en 1551

**FACULTAD DE MEDICINA
UNIDAD DE POSTGRADO**



Tesis

Digitales UNMSM

**EPIDEMIOLOGIA DE LA MUERTE INTRAUTERINA EN EL
HOSPITAL SAN BARTOLOMÉ 2002**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título Profesional de :

ESPECIALISTA EN GINECOOBSTETRICIA

AUTOR

VERA LOYOLA, EDY MARTÍN

**LIMA – PERÚ
2003**

I INDICE

- 1.- CARÁTULA
- 2.- INDICE
- 3.- RESUMEN
- 4.- INTRODUCCIÓN
- 5.- METODOLOGÍA
- 6.- RESULTADOS
- 7.- CUADROS Y GRAFICOS
- 8.- DISCUSIÓN
- 9.- CONCLUSIONES
- 10.- REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

II RESUMEN

TITULO: EPIDEMIOLOGIA DE LA MUERTE FETAL INTRAUTERINO EN EL HOSPITAL SAN BARTOLOMÉ 2002

OBJETIVOS: Determinar los aspectos epidemiológicos de la muerte intrauterina

METODOLOGÍA: Estudio retrospectivo descriptivo, de acuerdo al enfoque de las manifestaciones colectivas

MATERIAL Y METODOS: La población fueron todas las gestantes atendidas durante el periodo 2002 en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital San Bartolomé, las cuales fueron 6166 embarazadas, con un total de recién nacidos vivos más muertos de 6,228, la muestra correspondió a 53 gestantes cuyos productos terminaron como muerte intrauterina. La forma de recolección de los datos fue a través del sistema informático perinatal, las historias clínicas, el libro de registro de partos y la oficina de estadística. Para fines del procesamiento de los datos, estos fueron recogidos en una hoja de registro para luego ser analizados en tablas matriciales.

RESULTADOS : La tasa de muerte intrauterina fue de 8.5 x 1000, ; El grupo etáreo comprendido entre 21 y 35 años tuvo el 62.1 % de todas las muertes intrauterinas ; El 53% de las muertes intrauterinas tuvieron control prenatal; La edad gestacional menor de 37 sem correspondió al 69.9% ; El peso de los productos de la muerte intrauterina fueron en un 69.9% menores de 2kilos; El 70% de la culminación de la gestación fue por vía vaginal; La morbilidad asociada con mayor frecuencia fue Las hemorragias, Ruptura prematura de membranas, Pre eclampsia; El 11.3% terminó en la unidad de cuidados intermedios

CONCLUSIONES

Los datos epidemiológicos nos muestran que el grupo en edad fértil son los más afectados que tuvieron control prenatal la mayoría, el grado de instrucción no es problema, los pretérmino son los más afectados, la vía de culminación más frecuente fue la vaginal, la morbilidad más asociada fue las hemorragias y hay pacientes que terminan en la unidad de cuidados intermedios

Palabras claves: Muerte intrauterina

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

permitted to know that from the clinical point of view, out of a total of 795 deaths, 25% could be considered as fetal cause, 4% of maternal origin, 14% of placental-cord umbilical and 57% of unknown etiology. In Chile according to information of 1992, out of a total of 1667 cases of fetal death, 10% of the times the etiology was fetal, 15% maternal, 40% placental-cord, 10% various causes and 25% unknown.

The correct denominator for the calculation of the frequency of fetal mortality is the number of live births plus the number of fetal deaths, the total number of births. In many cases, including the calculations made by United States National Center For Health Statistics, the mortality is computed with base on a denominator of live births. The result of such calculation is technically a mathematical ratio and not an index. When the total of live births is very large as in the case of EUA, the discrepancy between the fetal mortality ratio and the rate of the same is very small. However when the number of live births is small and the number of deaths is large, the fetal mortality ratio will be considerably higher than the rate. When the number of deaths is greater than the number of live births, as can be the case of low weight births, the ratio can be an impossible number, such as 1250/1000.

There are various definitions regarding fetal death in utero, for example in Chile it is defined as fetal death in utero during the gestation, starting from the 20 weeks and until the moment of birth. In some places there is, besides the requirement that the fetus weigh more than 500 or 350 grams. While in EUA the National Center for Health Statistics, recognizes as fetal death to the

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 dias. 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 dibrinógeno se recuperan dentro de las 48 hs posteriores al parto. Aunque los métodos actuales para diagnosticar muerte fetal y la stécnicas 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.

IV METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO

El presente es un estudio de tipo descriptivo retrospectivo

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Estudio con el enfoque de las manifestaciones colectivas de tipo descriptivo

MATERIAL Y METODOS

La población fueron todas las gestantes atendidas durante el periodo 2002 en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital San Bartolomé, las cuales fueron 6166 embarazadas, con un total de recién nacidos vivos más muertos de 6,228, la muestra correspondió a 53 gestantes cuyos productos terminaron como muerte intrauterina.

La forma de recolección de los datos fue a través del: Sistema informático perinatal (SIP) ,donde se pudo identificar todas las muertes intrauterinas ocurridas durante el año 2002 ; El libro de registro de partos, permitió comparar los datos del SIP con los que se registran inmediatamente producido la atención del parto y la oficina de estadística para verificar los datos básicos de nuestra población atendida; Las historias clínicas las cuales fueron revisadas minuciosamente, identificando los datos de filiación, de su ingreso al hospital, de los antecedentes del control prenatal y de la evolución una vez identificado el diagnóstico de muerte fetal intrauterina. Para fines del procesamiento de

los datos, estos fueron recogidos en una hoja de registro para luego ser analizados en tablas matriciales

POBLACION

Todas las gestantes cuyos partos fueron atendidos en el Hospital san bartolomé durante el año 2002 un total de 6,166 con un total de recién nacidos vivos + muertos de 6,228

MUESTRA

Todas las gestantes quienes tuvieron una muerte intrauterina durante el periodo 2002 en el Hospital Nacional Docente madre niño San Bartolomé las cuales fueron un total de 53 casos.

Para fines de considerar como control prenatal se tuvo en cuenta aquellas gestantes que habían tenido más de cinco controles prenatales.

Con respecto al grado de instrucción ya sea primaria, secundaria o superior no se hizo alguna diferencia con los estudios incompletos.

Respecto a la morbilidad, factores de riesgo o motivo de consulta, por sobreponerse los casos no se pudo establecer un porcentaje sólo una frecuencia.

V RESULTADOS

- a) Respecto al grupo etáreo, predominante , el grupo de adolescentes correspondió a un 24.5%, siendo las mayores de 36 años un 13.4%, lo que significa que un 60% de las pacientes corresponde al grupo etáreo de 21 a 35 años. (cuadro y gráfico No 1)
- b) En cuanto al control prenatal 53% de las pacientes que tuvieron un óbito fetal habían acudido a controlarse el embarazo.(Cuadro No2)
- c)El grado de instrucción de la mayoría de ellas ha sido el superior y estudios de secundaria con un 88%, siendo el grado de analfabetismo de 0%. (Cuadro No 3)
- d)El estado civil predominante fue el de conviviente con un 51%, casada 26.4% y solteras un 22.6% (Cuadro No 4)
- e) La ocupación de este grupo de gestantes predominó, la de ama de casa con un 70%, y un 28% que se desenvolvía en algún campo laboral, tan sólo un caso 1.9% resulto siendo estudiante.(Cuadro No5)
- f) La edad gestacional en la cual se produjo la muerte intrauterina, correspondió a los menores de 37sem con un 70%, siendo el mayor número de casos entre las 31 y 36 sem con un 28.3%.(Cuadro No 6)
- .g) El peso de los productos de la muerte intrauterina fue de 41.5% para los de menos de un kilo y entre un kilo y 2500 fue de 32%, los de mas de 2,500 fueron de un 25%(CuadroNo7)

h) La vía de culminación fue espontánea en un 13%, inducida con oxitocina 18.9%, con misoprostol 28.3%, combinando ambos 7.5%, el uso de la sonda foley fue en 3.8%, y la Cesárea fue de un 28.3% (Cuadro No 8)

i) El sexo predominante fue el femenino con un 57% respecto a un 43% del grupo masculino (Cuadro No 9)

j) El distrito del cual acudieron en mayor porcentaje fue el cercado de Lima 26.2%, del cono norte, los distritos de comas, san Martín de porres y los olivos 28.3% entre los tres distritos (Cuadro No 11)

k) En cuanto a los meses, llama la atención tanto en el cuadro como en el gráfico el mes de Junio con un 17% de todos los casos y el mes de Septiembre es el de menores casos reportados (Cuadro No 10)

l) En cuanto a la morbilidad al ingreso de este grupo de pacientes los mayores casos corresponden a Desprendimiento prematuro de placenta, Ruptura prematura pretermino de membranas y PreEclamsia severa. (Cuadro No 12)

m) Complicaciones que se presentaron en este grupo de pacientes, del total de casos un 38% tuvo una complicación, de estas la mitad fue la necesidad de Legrado uterino y la otra mitad correspondio a casi un 50% a las hemorragias, habiendo casos de sepsis, insuficiencia renal aguda y Pre eclamsia.

En este mismo grupo de complicaciones un porcentaje de ellos pasó a la unidad de cuidados intermedios el cual fue el 11.3% de todos los casos, a predominio del shock Hipovolémico. (Cuadros No 13,14,15,16)

n) El factor de riesgo mayormente asociado fue la ruptura prematura precoz de membranas lo cual se presentó en 8 casos de ellos, las infecciones del tracto urinario 6 de los casos, las malformaciones fetales, polihidramnios , preeclampsia fueron antecedentes en este grupo de pacientes. (Cuadro No 17)

o) El motivo de consulta , lo cual llevó a la paciente al establecimiento de salud fue la disminución de movimientos fetales con 15 casos seguido de sangrado en 13 pacientes, la pérdida de líquido con 11 casos también fue motivo de consulta. (Cuadro No 18)

p) La tasa de muerte intrauterina fue de 8.5 por mil nacidos vivos

CUADRO n° 1

Edad de las gestantes que tuvieron una muerte intrauterina HOSPITAL SAN

BARTOLOME 2002

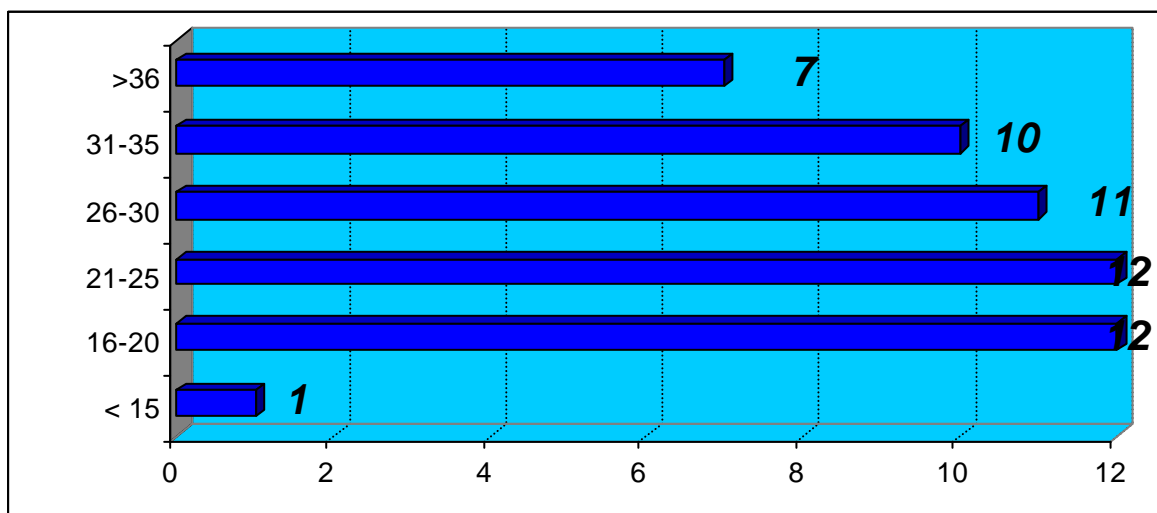
<15	1	1.90%
16-20	12	22.60%
21-25	12	22.60%
26-30	11	20.70%
31-35	10	18.80%
>36	7	13.40%
	53	

Como se puede apreciar en el cuadro No 1 el mayor grupo corresponde a las gestantes comprendidas en el grupo etareo de 21 a 35 años, el grupo de adolescentes fue de un 23.5%

GRAFICO N° 1

Edad de las gestantes que tuvieron una muerte intrauterina

HOSPITAL SAN BARTOLOME 2002



Como se puede apreciar en el grafico No 1 el gran numero de muertes intrauterinas sucedió en el grupo etareo de 16- 35 años de edad

CUADRO N^o 2

CONTROL PRENATAL DE LAS PACIENTES QUE TUVIERON UNA MUERTE INTRAUTERO.

HOSPITAL SAN BARTOLOME 2002

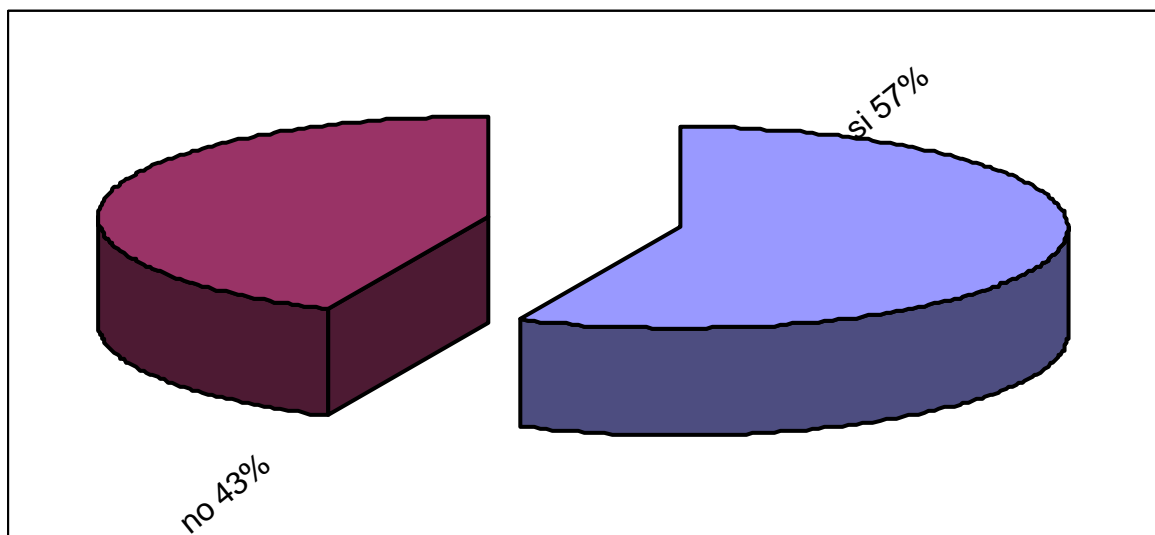
Si	30	57%
No	23	43%
	53	100%

De las pacientes que tuvieron una muerte intrauterina, un 57% tuvo CPN durante el embarazo y un 43% no tuvieron CPN

GRAFICO N^o 2

CONTROL PRENATAL DE LAS PACIENTES QUE TUVIERON UNA MUERTE INTRAUTERO

HOSPITAL SAN BARTOLOME 2002



Al observar el gráfico podemos notar que el Control prenatal en violeta, fue discretamente superior en aquellas pacientes que tuvieron una muerte intrauterina

CUADRO N^o 3

GRADO DE INSTRUCCION DE LAS PACIENTES QUE TUVIERON

UNA MUERTE INTRAUTERO

HOSPITAL SAN BARTOLOME 2002

analfabeta	0	
Primaria	6	11.30%
secundaria	35	66%
Superior	12	22.60%
	53	100%

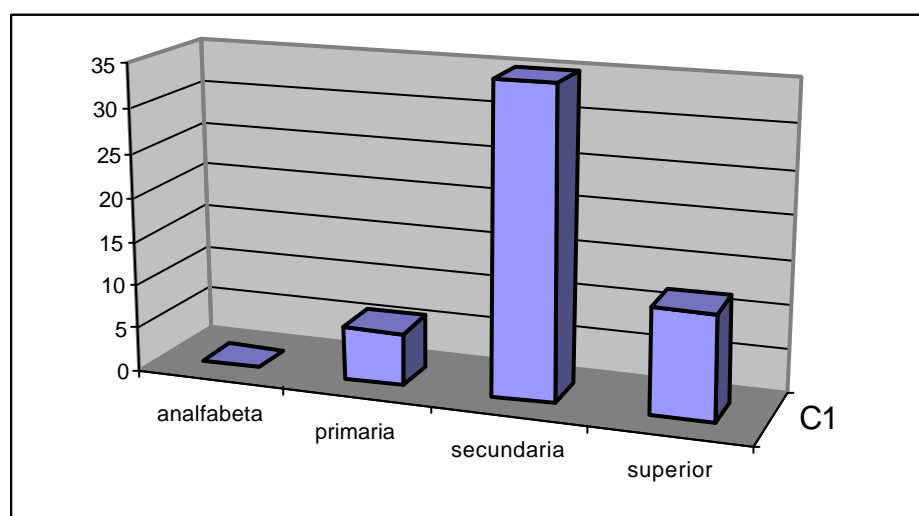
En el cuadro se puede notar que con respecto al grado de instrucción el 66% de las pacientes tuvieron grado de instrucción secundaria y un 22.6% instrucción superior, entre grado de instrucción secundaria y superior hacen un total de 88.6%

GRAFICO No 3

GRADO DE INSTRUCCION DE LAS PACIENTES QUE TUVIERON

UNA MUERTE INTRAUTERO

HOSPITAL SAN BARTOLOME 2002



Es muy notorio que las pacientes que tuvieron una muerte intrauterina, tuvieron algún grado de instrucción, no habiendo analfabetas

CUADRO N^o 4

ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES QUE TUVIERON

UNA MUERTE INTRAUTERO

HOSPITAL SAN BARTOLOME 2002

		%
Soltera	12	22.6
Casada	14	26.4
Conviviente	27	51
	53	100

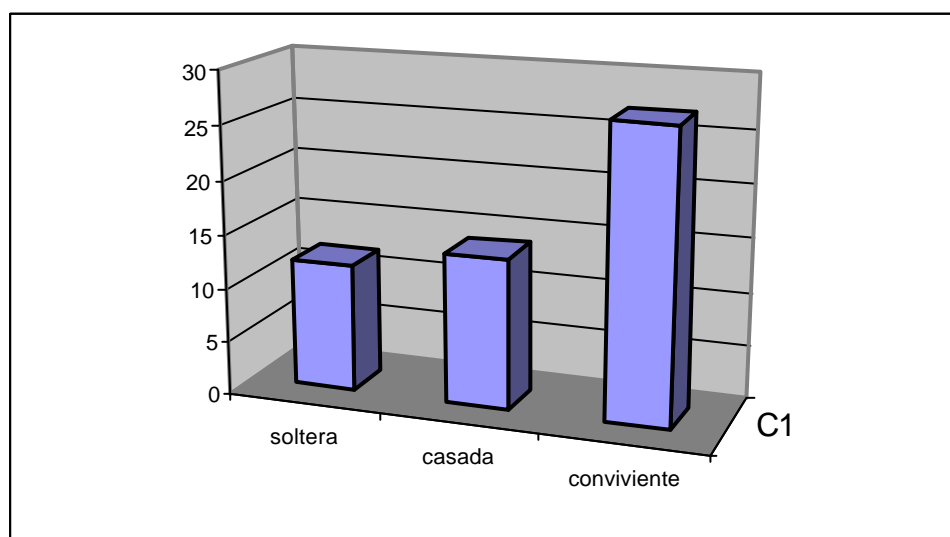
Respecto al estado civil de las pacientes que tuvieron una muerte intrauterina, un 51% de ellas eran convivientes, siendo las solteras un 22.6%

GRAFICO No 4

ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES QUE TUVIERON

UNA MUERTE INTRAUTERO

HOSPITAL SAN BARTOLOME 2002



Como se puede apreciar en el grafico el estado civil de las pacientes que tuvieron una muerte intrauterina predominante fue el de conviviente, entre las solteras y casadas no hubo mucha diferencia

CUADRO N° 5

OCUPACION DE LAS PACIENTES QUE TUVIERON

UNA MUERTE INTRAUTERO HOSPITAL SAN BARTOLOME 2002

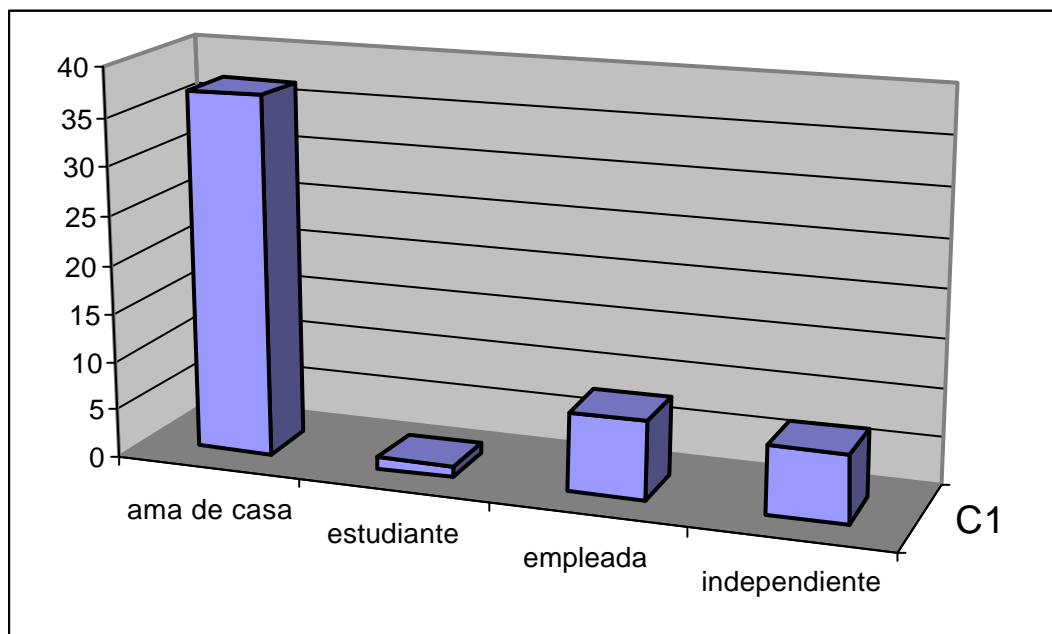
		%
Ama de casa	37	69.8
Estudiante	1	1.9
Empleada	8	15.1
independiente	7	13.2
	53	100

En cuanto a la ocupación de las pacientes que tuvieron una muerte intrauterina lo que más llama la atención es el porcentaje de amas de casa casi un 70%

GRAFICO no 5

OCUPACION DE LAS PACIENTES QUE TUVIERON

UNA MUERTE INTRAUTERO HOSPITAL SAN BARTOLOME 2002



La mayoría de las pacientes se dedican al hogar ,y el grupo de estudiantes es mínimo.

CUADRO N° 6

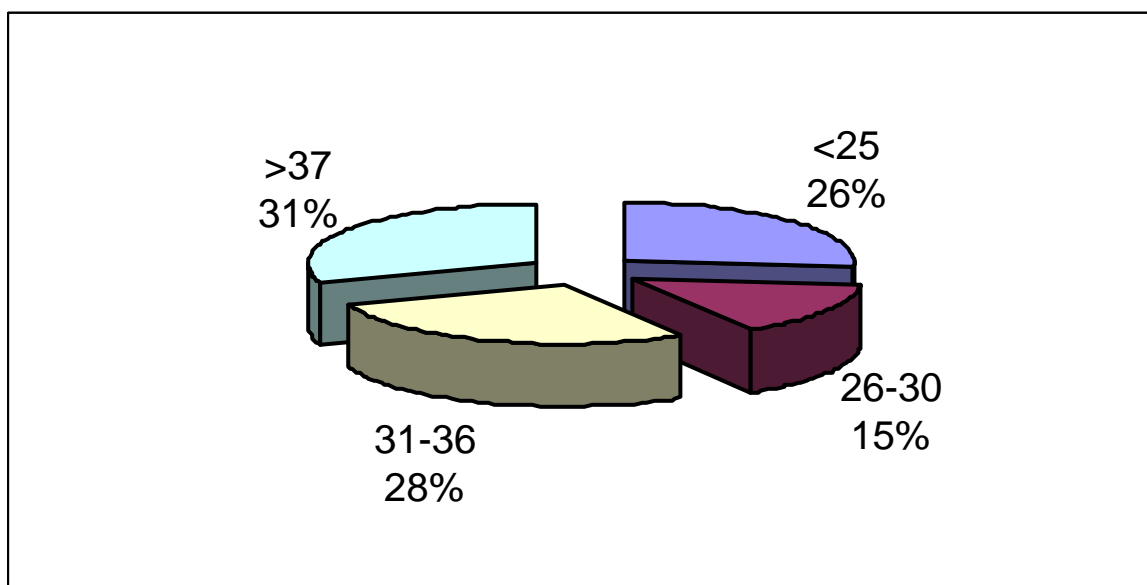
**EDAD GESTACIONAL DE LAS PACIENTES QUE TUVIERON
UNA MUERTE INTRAUTEROHOSPITAL SAN BARTOLOME 2002**

<25	14	26.40%
26-30	8	15.20%
31-36	15	28.30%
>37	16	30.10%
	53	

Menos de 37 semanas de edad gestacional correspondió a casi un 70% de todas las pacientes, siendo los a término un 30% de las muertes intrauterinas

GRAFICO No 6

**EDAD GESTACIONAL DE LAS PACIENTES QUE TUVIERON
UNA MUERTE INTRAUTERO
HOSPITAL SAN BARTOLOME 2002**



Se puede apreciar en el gráfico, que los cuatro grupos gestacionales son muy parecidos , salvo el grupo de 26-30 semanas el cual solo corresponde a un 15%

CUADRO N° 7

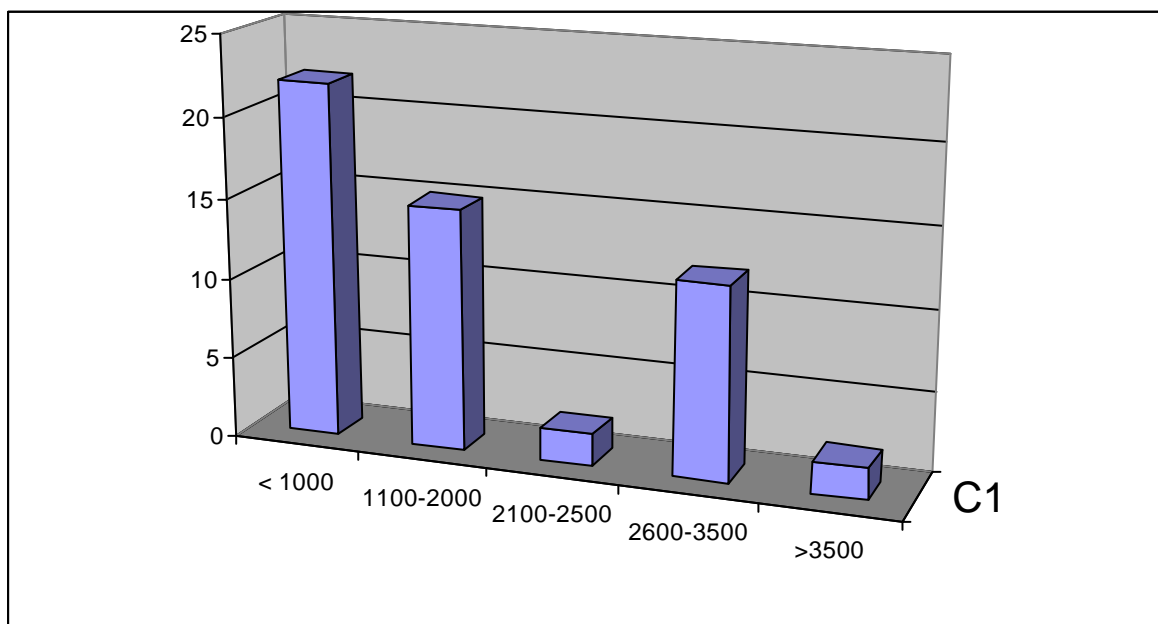
**PESO DE LOS PRODUCTOS DE LAS PACIENTES QUE TUVIERON
UNA MUERTE INTRAUTEROHOSPITAL SAN BARTOLOME 2002**

		%
< 1000	22	41.5
1100-2000	15	28.4
2100-2500	2	3.7
2600-3500	12	22.7
>3500	2	3.7
	100	0

El cuadro nos puede mostrar que el mayor porcentaje 41.5% corresponde a los menores de un kilo, siendo el que le sigue el grupo de menos de 2 kilos, entre ellos son casi un 70% de todos los productos.

GRAFICO N° 7

**PESO DE LOS PRODUCTOS DE LAS PACIENTES QUE TUVIERON
MUERTE INTRAUTEROHOSPITAL SAN BARTOLOMÉ 2002**



Predomina los pesos menores de 2 kilos y dentro de ellos los menores de un kilo

CUADRO N° 8

MODO DE CULMNACION DE LA GESTACIONDE

LAS PACIENTES QUE TUVIERON

UNA MUERTE INTRAUTERO HOSPITAL SAN BARTOLOME 2002

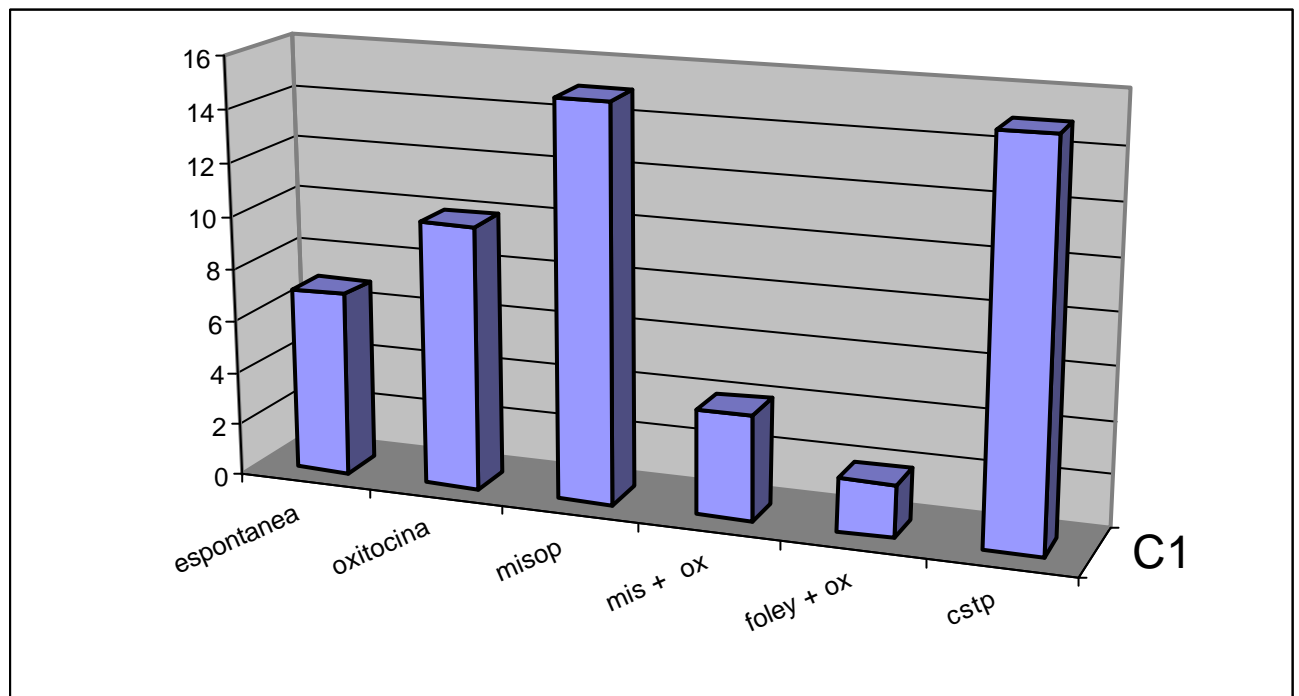
		%
Espontanea	7	13.2
Oxitocina	10	18.9
Misop	15	28.3
mis + ox	4	7.5
foley + ox	2	3.8
Cstp	15	28.3
	53	100

MISOP;misoprostol, OX oxitocina , CSTEP cesarea segmentaria

transversa

Este cuadro nos permite ver las formas en que se culmino la gestación de las pacientes que tuvieron una muerte intrauterina, tanto el grupo de las cesáreas como de las pacientes en que se uso el misoprostol, fueron las formas más comunes de culminar la gestación.

GRAFICO No 8
MODO DE LA CULMINACION DE LA GESTACION
DE LAS PACIENTES QUE TUVIERON
UNA MUERTE INTRAUTERO
HOSPITAL SAN BARTOLOME 2002



Se puede notar que las cesáreas corresponden a un buen número de casos que terminaron por esta vía, también hay que recalcar que casi el 70% culminó por vía vaginal.

CUADRO N^o 9

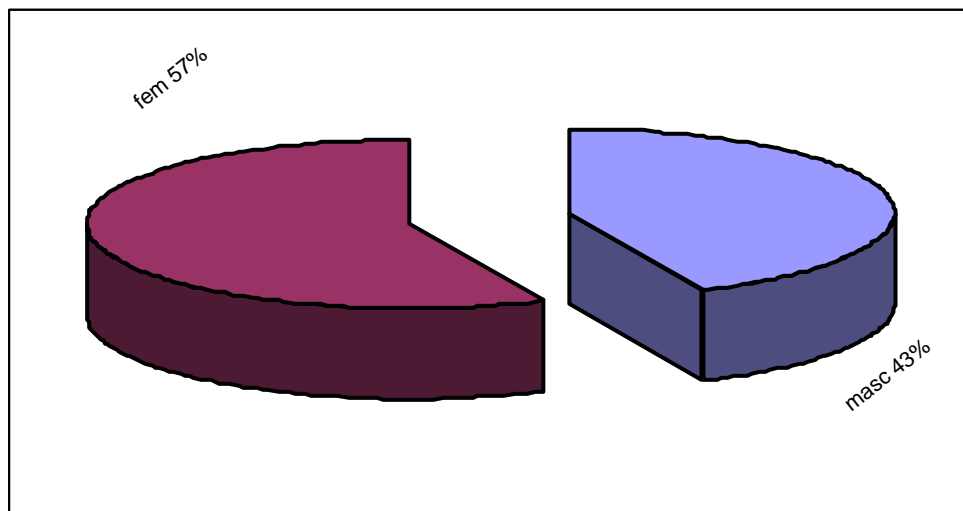
**SEXO DEL PRODUCTO DE LAS PACIENTES QUE TUVIERON UNA
MUERTE INTRAUTERO
HOSPITAL SAN BARTOLOME 2002**

		%
Masc	23	43
Fem	30	57
	53	100

Podemos observar en el cuadro que entre los sexos predomina el sexo femenino pero no por mucho margen, al sexo femenino le corresponde un 57% del total de las muertes intrauterinas

GRAFICO N^o 9

**SEXO DEL PRODUCTO DE LAS PACIENTES QUE TUVIERON UNA
MUERTE INTRAUTERO HOSPITAL SAN
BARTOLOMÉ2002**

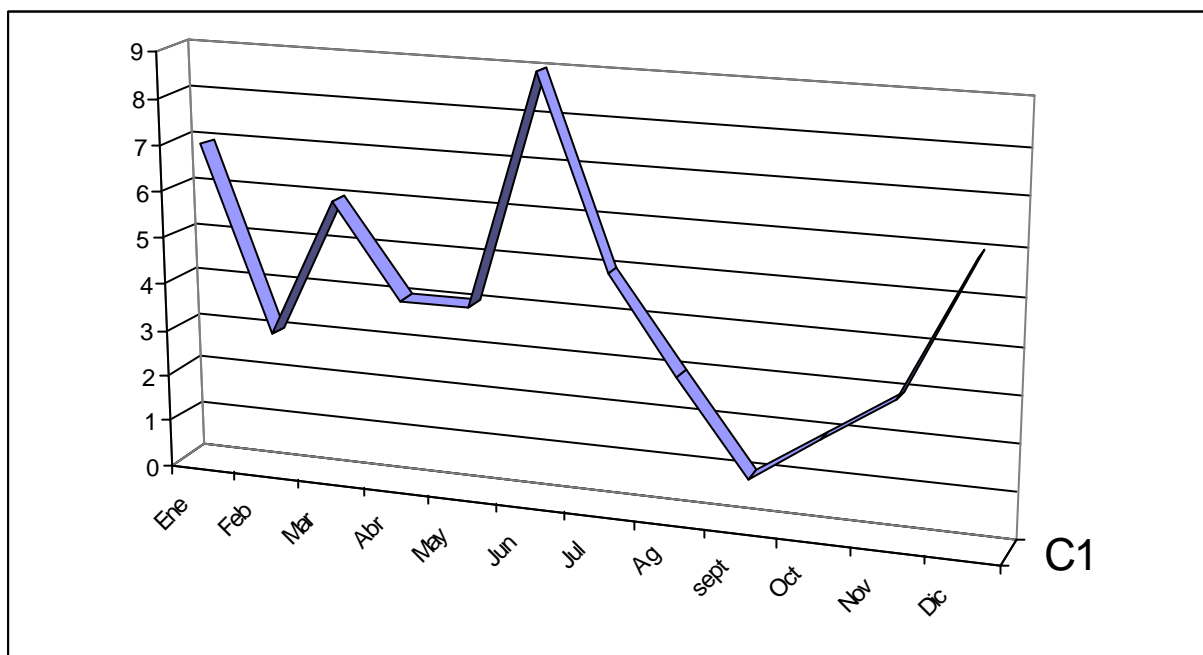


Podemos observar en el gráfico la predominancia del sexo femenino en los productos de las muertes intrauterina, pero no de una forma marcada

CUADRO No 10
MUERTE INTRAUTERO SEGÚN MESES DEL AÑO
HOSPITAL SAN BARTOLOME 2002

		%
Ene	7	13.7
Feb	3	5.6
Mar	6	11.2
Abr	4	7.5
May	4	7.5
Jun	9	17
Jul	5	9.4
Ag	3	5.6
Sept	1	1.9
Oct	2	3.8
Nov	3	5.6
Dic	6	11.2
	53	100

GRAFICO No 10
MUERTE INTRAUTERO SEGÚN MESES DEL AÑO
HOSPITAL SAN BARTOLOME 2002



Lo más notorio en este grafico de la distribución por meses de la muerte intrauterina es el pico en el mes de Junio y la caída durante el mes de setiembre

CUADRO No 11

**DISTRITO DE PROCEDENCIA DE LAS PACIENTES QUE TUVIERON
MUERTE INTRAUTERINA .HOSPITAL SAN BARTOLOME 2002**

		%
Cañete	1	1.9
Smp	7	13.2
Rim	3	5.7
Sjl	5	9.4
Cerc	14	26.2
Vent	1	1.9
Ves	2	3.8
Ate	1	1.9
Sjm	3	5.7
Olivos	3	5.7
Vmt	1	1.9
Sluis	3	5.7
Comas	5	9.4
Agustino	1	1.9
sta anita	1	1.9
Surco	2	3.8
	53	100

En el cuadro es notorio que la mayoría de las pacientes corresponden al distrito del cercado de Lima, siendo el cono norte con los distritos de Comas y San Martín de Porras los que le siguen en porcentajes y un distrito como San Juan de Lurigancho también tiene un porcentaje a considerar.

CUADRO No12

MORBILIDAD ASOCIADA DE LAS PACIENTES QUE TUVIERON MUERTE

INTRAUTERINA .HOSPITAL SAN BARTOLOME 2002

anencefalia	4
Diu	1
Dpp	11
H2t	4
Hidrps	2
oligohidramnios	5
Pe severa	9
polihidramnios	3
Rciu	2
Rpmpt	11
Sd febril	1
Sfa	1
Tdpt	2

Se puede notar en el cuadro que el Desprendimiento prematuro de placenta, la ruptura prematura de membranas pretermino y la pre eclamsia severa fueron las patologías asociadas al ingreso de las pacientes que tuvieron una muerte intrauterina, si es que consideramos a las hemorragias como un solo grupo, estas tanto el DPP, como ña placenta previa serian las morbilidades más frecuentemente asociadas a la muerte intrauterino

CUADRO No 13

COMPLICACIONES ASOCIADAS EN LAS PACIENTES QUE TUVIERON MUERTE INTRAUTERINA HOSPITAL SAN BARTOLOME 2002

eba + lu	10	50%
hemorra	7	35%
sepsis	1	5%
ira	1	5%
hig	1	5%
	20	100%

eba + LU examen bajo anestesia y legrado uterino

hemorra ; hemorragias

IRA ; Insuficiencia renal aguda

HIG; Pre eclamsia

Dentro de las complicaciones más frecuentes en estas pacientes fueron que el 50% de ellas termino en sala de operaciones para que se le realiza un EBA + LU, seguido de las hemorragias

CUADRO No 14

COMPARACION DE COMPLICACIONES ASOCIADAS EN LAS PACIENTES QUE TUVIERON MUERTE INTRAUTERINA VS NO COMPLICACIONES BARTOLOME 2002

COMPLICACIONES		SI	NO	TOTAL
		20	33	53
	%	38	62	100

Lo que podemos ver en el cuadro es que el 38% de las pacientes que tuvieron muerte

fetal intrauterino desarrollaron alguna complicación durante su permanencia en el

hospital, siendo las más representativas las mencionadas en el cuadro No13

CUADRO No 15

COMPLICACIONES ASOCIADAS EN LAS PACIENTES QUE

TUVIERON MUERTE INTRAUTERINA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS

INTERMEDIOS

HOSPITAL SANBARTOLOME 2002

Uci	shoc hipov	3
	hig	1
	iRA	1
	sepsis	1

6

De las pacientes que entraron a la unidad de cuidados intermedios, la mayoría de ellas fue debido a shock Hipovolémico en un 50% debido a esta causa y en menor porcentaje casos de sepsis ,insuficiencia renal, pre eclamsia.

CUADRO No 16

PACIENTES QUE TUVIERON MUERTE INTRAUTERINA CON ALGUNA

COMPLICACION QUE TERMINARON EN LA UNIDAD DE CUIDADOS

INTERMEDIOS HOSPITAL SAN BARTOLOME 2002

	SI	NO	TOTAL
UCI	6	14	20
	30	70	100

De las pacientes que tuvieron complicaciones , un 30% de ellas termino en la unidad de cuidados intermedios, por las causas descritas en el cuadro No 14

CUADRO No 17

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS DE LAS PACIENTES QUE
TUVIERON MUERTE INTRAUTERINA .HOSPITAL SAN BARTOLOME 2002**

ab esp	2
Diu	1
Gem	1
Hig	3
Itu	6
Mf	4
Mioma	1
plac.previa	1
Polih	3
Rciu	2
Rpm	8

DIU Dispositivo intrauterino

GEM gemelar

HIG Preeclamsia

ITU Infx tracto urinario

MF Malformación fetal

POLIH Polihidramnios

RCIU Restricción del crecimiento intrauterino

RPM Ruptura prematura de membranas

La ruptura prematura de membranas fue el mayor factor de riesgo asociado, seguido de las infecciones del tracto urinario, la preeclamsia y polihidramnios.

CUADRO No 18

MOTIVO DE CONSULTA DE LAS PACIENTES QUE TUVIERON MUERTE

INTRAUTERINA

HOSPITAL SAN BARTOLOME 2002

mf dism		15
sangrado		13
Cefalea		2
perd liquido		11
Du		5

De todas las pacientes que acudieron al hospital y que tuvieron como desenlace una muerte intrauterina, la disminución de movimientos fetales fue la principal causa por la cual las pacientes acudían al establecimiento de salud, el sangrado y la pérdida de líquido también fueron motivos de consulta.

VI DISCUSION

La tasa de muerte intrauterina es muy similar a la de los países latinoamericanos los cuales fluctúan entre 6 y 10 por mil nacidos vivos, esto es en tasas globales, pero de acuerdo a datos de muerte intrauterina, de acuerdo a edad gestacional, la tasa de muerte intrauterina en Japón en menores de 23 semanas es de 6 por mil y de uno por mil a las 39 semanas, en nuestro caso el 30% de las muertes intrauterinas se produjo alrededor de las 39 semanas, lo cual nos hace una idea de la tasa nuestra comparada con otras esferas del mundo

La muerte intrauterina en los extremos de la vida corresponden a un 40%, entre adolescentes y mujeres añosas, siendo el grupo de las adolescentes, predominante sobre el de las añosas, notamos que el grupo de adolescentes siempre tiene riesgos tanto de morbilidad como de mortalidad, estudios de embarazos en adolescentes muestran siempre factores de morbilidad en este grupo etáreo, pero hacen también una diferenciación entre las adolescentes menores de 13 años y las mayores de 13, en cuyo grupo la morbilidad es menor (Congreso latinoamericano de Ginecoobstetricia Sta Cruz de la Sierra Bolivia Octubre 2002)

Llama la atención que un poco más del 50% de las pacientes habían tenido control prenatal, esto significa que hay causas no prevenibles independientes del control prenatal, ya que de ser el control prenatal protector de eventos como la muerte intrauterina, las cifras serían inversas. Es decir se esperaría una relación directamente proporcional entre no CPN y muerte intrauterina

Es importante el grado de comprensión de las pacientes, de ahí que el resultado en el cual no existen analfabetas en este grupo de pacientes, nos llama la atención más aún cuando casi un 90% tienen estudios secundarios y superior, esto nos permite ver que la paciente puede entender el mensaje de los signos de alarma, por lo tanto la información que se brinda a estas pacientes debe ser analizada y notar si realmente han comprendido el mensaje, en caso por supuesto sea prevenible o exista algún signo de alarma y la paciente acuda inmediatamente a la consulta o emergencia.

Lo que nos puede transmitir el estado civil es el entorno de la paciente, que tanta unión de pareja, facilidad para afrontar el embarazo y de acuerdo a los resultados si llamamos “inestables “ a los convivientes y solteros nos enfrentamos a un 70% aprox. Siendo uniones “estables” (lo cual no siempre es verdadero) los casados un cuarto del total

En cuanto a la ocupación ,nuestras pacientes en su gran mayoría eran amas de casa, dedicadas a la labor de la familia y casi un treinta por ciento de ellas tenía algún oficio, por el tipo de labor un poco más exigente que el de ama de casa serian quienes en mayor riesgo se encontrarían si asumimos el esfuerzo como factor de riesgo

La edad gestacional a la cual se produjo la eventualidad de la muerte intrauterino, predominó en pretérmino con un 70% y dentro de este grupo aquellos que aún no habían alcanzado madurez pulmonar , al menos por la edad gestacional, fue de casi un 27% esto correspondió a los de menos de 25 semanas

Cuando notamos el peso de los productos la gran mayoría corresponde a menos de un kilo siendo los mayores de 2.5Kg un 25% esto está en relación con el hallazgo de la edad gestacional, y además para fines de manejo de neonatología de haber sobrevivido nuestro servicio de neonatología maneja pacientes por encima de 1,500 gr.

El futuro reproductivo es muy importante en este grupo de pacientes y al notar los resultados un 70% de ellas tuvo un parto vaginal mientras que un casi 30% culminó por vía alta. Dentro del grupo que se terminó por vía vaginal casi un 60% del total, el misoprostol fue la droga que mayores beneficios trajo, droga que actualmente ya ha sido aprobada para uso obstétrico, por la FDA americana (Curso de Controversias en ginecoobstetricia Noviembre 2003 Lima Peru)

Este grupo de pacientes a casi 20% de ellos se le realizó legrado uterino fraccionado y una complicación mayor fue el de shock hipovolémico necesitándose el soporte de la unidad de cuidados intermedios. Estas pacientes que tuvieron shock hipovolémico tenían el antecedente de Hemorragia de la 2da mitad del embarazo.

El autocontrol de movimientos fetales es muy importante comprendida ya como una prueba de bienestar fetal, y en este estudio un gran porcentaje de las pacientes acudió por disminución de movimientos fetales, que es una variable que si podemos controlar a diferencia de la presencia de sangrado con la que un grupo considerable llegó al hospital.

VII CONCLUSIONES

La tasa de muerte intrauterina en el hospital san Bartolomé 2002 fue de 8.5 por mil

El grado de instrucción no es un problema, ya que no existen analfabetas dentro del grupo

La procedencia de las pacientes en su mayoría son del cercado de lima y del cono norte de la capital

La ocupación de las pacientes es por lo general el de amas de casas

La informalidad en cuanto al estado civil es lo que predomina, ya sean convivientes o solteras

Un poco más del 50% de las que tuvieron control prenatal, terminaron con un deceso intrauterino

La mayoría de las muertes intrauterinas correspondió al sexo femenino

El grupo en edad fértil entre 21 a 35 años es el de mayor riesgo

El control prenatal no nos puede predecir el deceso intrauterino, el 57% de las pacientes tuvieron muerte intrauterino.

Los preterminos son la población a tratar de buscar factores de riesgo que nos puedan llevar a un deceso intrauterino el 70% fueron pretérmino.

La vía de culminación preferencialmente fue la vaginal con un 70% de los partos por esta vía, usándose para este propósito, oxitocina, prostaglandinas y el método de krauss

Las hemorragias de la segunda mitad del embarazo fue la mayor morbilidad asociada, la ruptura prematura de membranas pretérmino fue la que se asoció más a muerte durante la hospitalización y los estados hipertensivos del embarazo; Pre eclamsia severa llevando esta a otras complicaciones como el desprendimiento prematuro de placenta.

Las complicaciones asociadas en las pacientes que tuvieron una muerte intrauterina, fueron

en primer lugar , las hemorragias, estas pacientes terminaron en la unidad de cuidados intermedios en un 30%.

Se pudo identificar factores de riesgo siendo los más frecuentes , la ruptura prematura de

membranas pretérmino ,las infecciones del tracto urinario.

Cuando se investiga el como y porque llegaron estas pacientes a emergencia, el principal

motivo fue la disminución de movimientos fetales.

VIII REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. Khabbaz A Y , Rupture of an unscarred uterus with Misoprostol induction; case report and review of the literature. Department of Obstetrics and Gynecology, American University of Beirut, Medical center, Lebanum.J Matern Fetal Med 2001 Apr, 10 (2); 141-5
2. Ludmir A, Cervantes R. Ginecología y Obstetricia Lima – Perú 1996; 225 – 27.
3. María B. , Materno I. , Methods of second trimester pregnancy termination and evacuation of in utero dead fetuses. J. Gynecology Obstetric Biol. Reprod París, 1994;23;642-50.
4. Oliveros M. Análisis de la mortalidad perinatal durante dos décadas en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins (1970-1990)Diagnóstico 1993;32(1-2-3):22-6.
5. Pacheco J, Muerte Fetal Ginecología y Obstetricia.Mad Corp S.A., Lima –Perú 1999, pág. 1130-32.
6. Pacheco J, Mortalidad Perinatal. Ginecología y Obstetricia.Mad Corp S.A., Lima –Perú 1999 pág.1282-1288
7. Rodrigo Sifuentes B. MD PhD: Ginecología y obstetricia basada en las evidencias Bogota- Colombia 2002 p 102

8. Salvador J., Madarieque E. Muerte Fetal, incidencia, causas y factores de riesgo. Hospital Nacional Cayetano Heredia. Rev Ginecología y Obstetricia Perú 1994;40:60-9.
9. Schwarcz R, Díaz A. Guía para el manejo del parto de bajo riesgo. Tecnologías Perinatales, Publicación Científica del CLAP N° 1202, 1990.
10. Schwarcz R, Síndrome de Muerte Fetal durante el embarazo, Obstetricia . Editorial El Ateneo, CLAP, Uruguay1996, pág 211-15.
11. Scott – DiSaia . Mortalidad perinatal. Tratado de Obstetricia Y ginecología de Danforth. Sexta edición Editorial Mc Graw Hill Interamericana., pág. 128-30.
12. Trelles J. Mortalidad Perinatal y Riesgo Obstétrico en el Hospital Nacional Cayetano Heredia 1985 (Tesis de Maestría en Salud Pública) Lima-Perú. Universidad Nacional Cayetano Heredia 1986.
13. Wagaarachchi PT, Ashok P W, Medical Management of late intrauterine death using a combination of mifepristone and misoprostol. Departament of Obstetrics and Gynecology, Aberdeen Maternity Hospital,BJOG,2002 April 109(4):443-7.
14. Williams,. Obstetricia, 20° Edición,1995.Muerte Fetal y parto demorado 735-36.
15. ACOG Technical Bulletin N 176 January 1993: Diagnosis and management of fetal death. Int J Gynecol Obstet 1993; 42: 291-299
16. Gadow EC, Castilla EE, López Camelo J, Queenan JT: Stillbirth rate and associated risk factors among 869.750 Latin American hospital births 1982-1986. Int J Gynecol Obstet 1991; 35:209-214

17. Pardo J, Sedano M, Furhman A, Capetillo M, Alarcón J: Muerte fetal. Análisis prospectivo de un año. *Rev Chil Obstet Ginecol* 1993; 58(4):262-270
18. Pauli RM, Reiser CA, Lebovitz RM, Kirkpatrick SJ: Wisconsin Stillbirth Service Program: I. Establishment and assessment of a community-based program for etiologic investigation of intrauterine deaths. *Am J Med Genetics* 1994; 50: 116-134
19. Pauli RM, Reiser CA: Wisconsin stillbirth Service Program: II. Analysis of diagnoses and diagnostic categories in the first 1.000 referrals. *Am J Med Genetics* 1994; 50: 135-153
20. Samueloff A, Xenakis EMJ, Berkus MD, Huff RW, Langer O: Recurrent stillbirth. Significance and characteristics. *J Reprod Med* 1993; 38(11) 883-886
21. Weeks JW, Asrat T, Morgan MA, Nageotte M, Thomas SJ, Freeman RK: Antepartum surveillance for a history of stillbirth: When to begin? *Am J Obstet Gynecol* 1995; 172: 486-92
22. de La Rochebrochard, E., Thonneau, P. (2002). Paternal age and maternal age are risk factors for miscarriage; results of a multicentre European study. *Hum Reprod* 17: 1649-1656
23. Smits, L. J, Zielhuis, G. A, Jongbloet, P. H, Van Poppel, F. W. (2002). Mother's age and daughter's fecundity. An epidemiological analysis of late 19th to early 20th century family reconstitutions. *Int. J. Epidemiol.* 31: 349-35
24. Smits, L. J, Zielhuis, G. A, Jongbloet, P. H, Van Poppel, F. W. (2002). Mother's age and daughter's fecundity. An epidemiological analysis of late 19th to early 20th century family reconstitutions. *Int. J. Epidemiol.* 31: 349-35

25. Stephansson, O., Dickman, P. W, Johansson, A. L., Cnattingius, S. (2001). The influence of socioeconomic status on stillbirth risk in Sweden. *Int. J. Epidemiol.* 30: 1296-1301
26. Cunningham, F. G., Leveno, K. J. (1995). Childbearing among Older Women -- The Message is Cautiously Optimistic. *N Engl J Med* 333: 1002-1004
27. Jolly, M., Sebire, N., Harris, J., Robinson, S., Regan, L. (2000). The risks associated with pregnancy in women aged 35 years or older. *Hum Reprod* 15: 2433-2437
28. Andersen, A.-M. N., Wohlfahrt, J., Christens, P., Olsen, J., Melbye, M. (2000). Maternal age and fetal loss: population based register linkage study. *BMJ* 320: 1708-1712