

Ministerio de Salud Pública. Hospital Docente Ginecoobstétrico de Guanabacoa

Análisis de la mortalidad fetal tardía

Dra. Aleida Álvarez Sánchez,¹ Dra. Milagros Muñiz Rizo² y Dra. Ana María Lugo Sánchez³

Resumen

Se realizó un estudio retrospectivo de la mortalidad fetal tardía en el hospital ginecoobstétrico de Guanabacoa, en el periodo comprendido desde enero de 1997, hasta diciembre del 2000. La mortalidad fetal tardía más baja fue la de 1999, y la más alta la de 1998; el 53,5 % tenían entre 25 y 34 años de edad. El área de salud con menos número de defunciones fetales tardías fue el policlínico "Machaco Ameijeiras" y la mayor incidencia la encontramos en los casos extraárea por tránsito o afinidad. En los 3 primeros años estudiados predominó el pretérmino (28-36 semanas); sin embargo en el 2000 hubo un incremento en los embarazos a término (37- 41 semanas) y el mayor porcentaje se presentó en las fetales intrahospitalarias (ante e intraparto) con 52,6 %. Se encontró que el 73,2 de las muertes fetales tardías tuvo como causa la asfixia y dentro de estas el mayor porcentaje correspondió a la asfixia no relacionada con enfermedad materna u ovular conocida.

Palabras clave: Mortalidad fetal tardía.

Durante años ha sido preocupación de nuestro Ministerio de Salud Pública disminuir las tasas de mortalidad infantil, perinatal y materna. Se ha logrado por el esfuerzo de todo el personal médico y paramédico que trabaja directamente en nuestra especialidad. Parte de estos logros se deben a la atención primaria y a su relación con la secundaria.

En el período comprendido entre enero de 1997 y diciembre del 2000 hubo un total de 112 defunciones fetales tardías, de ellas 59 intrahospitalarias: 20 anteparto, y 39 fueron intraparto. Esto nos motivó a realizar un análisis para conocer cómo se comportó la mortalidad fetal tardía en nuestro hospital durante ese período y la edad de las pacientes estudiadas; saber a que área de salud pertenecen; determinar el tiempo de gestación en el momento de ocurrir la defunción; conocer la clasificación según lugar y momento de la defunción de acuerdo con el estudio anatomopatológico fetal; además, trataremos de identificar los factores que inciden desfavorablemente en este indicador, para poder mejorarlo.

Métodos

Se realiza un análisis retrospectivo de los resultados obtenidos por el Comité de mortalidad de nuestro hospital, de aquellas pacientes que tuvieron una muerte fetal tardía en el período comprendido entre

enero de 1997 y diciembre del 2000.

Se analizaron las siguientes variables:

- Edad materna.
- Área de salud a la que pertenecen las pacientes.
- Tiempo de gestación en el momento de la defunción.
- Clasificación de la muerte fetal según momento y lugar de la defunción (ante o intraparto e intra o extrahospitalaria).
- Clasificación según análisis necrópsico fetal.

Después de analizar los resultados de las variables estudiadas se confeccionaron los cuadros estadísticos, se llegó a conclusiones y se hicieron recomendaciones.

Resultados

En la tabla 1 podemos observar que la mortalidad perinatal I tuvo un comportamiento similar en los años 1997, 1998 y 2000, al igual que la mortalidad neonatal precoz; la fetal tardía, sin embargo, tuvo un incremento en el año 1998 a 14,3 de tasa; observamos además que fue 1999 el mejor año en los resultados de los componentes de la mortalidad perinatal I.

Tabla 1. Tasa de mortalidad perinatal I

	Fetal tardía		Neonatal precoz		Perinatal I	
Año	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa
1997	31	12,5	10	4,0	41	16,4
1998	33	14,3	8	3,5	41	17,5
1999	24	10,3	4	1,8	28	12,0
2000	24	12,6	7	3,7	31	16,4

Fuente: Comité de mortalidad. HDGO Guanabacoa

Al analizar los grupos etarios maternos (tabla 2), se encontró el mayor porcentaje de mortalidad fetal tardía en el grupo 30-34 años, y si uniéramos los grupos 25-29 y 30-34 tendríamos 60 casos para un 53,6 %; el menor porcentaje correspondió al grupo de adolescentes (menores de años) con 10,7.

Tabla 2. Grupo de edades

	1997	1998	1999	2000	Total
--	------	------	------	------	-------

Edad	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
< 20	2	16,7	2	16,7	4	33,3	4	33,3	12	10,7
20 - 24	4	16,0	11	44,0	6	24,0	4	16,0	25	22,3
25 - 29	7	25,0	3	10,8	9	32,1	9	32,1	28	25,0
30 - 34	13	40,6	11	34,4	5	15,6	3	9,4	32	28,6
más 35	5	33,3	6	40,0	0	-	4	26,7	15	13,4
Total	31	27,7	33	29,5	24	21,4	24	21,4	112	100,0

Fuente: Comité de Mortalidad
HDGO Guanabacoa

La tabla 3 analiza el área de procedencia de las pacientes que tuvieron una muerte fetal tardía en los años que se analizaron en nuestro estudio, y se encontró que el mayor número de casos se correspondieron con pacientes extraárea, 32 casos para un 28,6 % y los policlínicos que tuvieron más defunciones fueron "Andres Ortiz" y "Regla" con 25 cada uno para un 22,3 %.

Tabla 3. Áreas de procedencia

Areas	1997		1998		1999		2000		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Machaco	7	63,6	3	27,3	0	-	1	9,1	11	9,8
A.Ortiz	6	24,0	8	32,0	3	12,0	8	32,0	25	22,3
Especialidades	4	21,0	3	15,9	8	42,1	4	21,0	19	17,0
Regla	3	12,0	9	36,0	7	28,0	6	24,0	25	22,3
Extra Area	11	34,4	10	31,2	6	18,8	5	15,6	32	28,6
Total	31	27,7	33	29,5	24	21,4	24	21,4	112	100,0

Fuente : Comité de Mortalidad
HDGO Guanabacoa

En cuanto a la edad gestacional en que ocurrió la defunción (tabla 4) prevaleció el pretérmino (entre 28 y 36 semanas) con 51,8, aunque es de destacar que en los años 1998 y 2000 hubo un incremento de las fetales tardías a término (37-41 semanas).

Tabla 4. Edad gestacional a la defunción

Edad Gestacional (Semanas)	1997	1998	1999	2000	Total
-------------------------------	------	------	------	------	-------

	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
< 28	2	20,0	2	20,0	3	30,0	3	30,0	10	8,9
28 - 36	20	34,5	18	31,0	13	22,4	7	12,1	58	51,8
37 - 41	7	17,1	13	31,7	8	19,5	13	31,7	41	36,6
menor o igual 42	2	67,7	-	-	-	-	1	33,3	3	2,7
Total	31	27,7	33	29,5	24	21,4	24	21,4	112	100,0

Fuente : Comité de Mortalidad
HDGO Guanabacoa

El mayor porcentaje de mortalidad fetal (tabla 5) se encontró en las intrahospitalarias (anteparto 17,8 %, intraparto 34,8 %) que sumados llegan al 52,6 % de todos los casos.

Tabla 5. Clasificación (lugar y momento de la defunción)

Clasificación	1997		1998		1999		2000		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
EHAP	10	27,0	9	24,3	12	32,5	6	16,2	37	33,2
EHIP	3	18,7	4	25,0	5	31,3	4	25,0	16	14,2
IHAP	7	35,0	10	50,0	0	0,0	3	15,0	20	17,8
IHIP	11	28,2	10	25,7	7	17,9	11	28,2	39	34,8
Total	31	27,7	33	29,5	24	21,4	24	21,4	112	100,0

Fuente : Comité de Mortalidad
HDGO Guanabacoa

En la tabla 6 se analizó la clasificación anatomopatológica según Québec, encontrándose que la asfixia representó el 73,2 % del total de defunciones fetales tardías y que la malformación, aunque distante de la asfixia con un 19,6 %, fue la segunda causa de óbitos.

Tabla 6. Clasificación anatomopatológica (Quebec)

Clasificación	1997		1998		1999		2000		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Asfixia	21	25,6	25	30,5	18	21,9	18	21,9	82	73,2
Malformación	9	40,9	5	22,7	4	18,2	4	18,2	22	19,6
CIUR	1	25,0	2	50,0	1	25,0	0	0,0	4	3,6

Otras causas	0	0,0	1	25,0	1	25,0	2	50,0	4	3,6
Total	31	27,7	33	29,5	24	21,4	24	21,4	112	100,0

Fuente : Comité de Mortalidad
HDGO Guanabacoa

La asfixia como causa fundamental de muerte fetal tardía fue desglosada (tabla 7) encontrándose: asfixia inexplicable 46 casos (56,1 %), asfixia por toxemia 13 casos para 15,8 %, asfixia por hematoma retroplacentario (HRP) 14 casos, que representaron 17,1 % y asfixia de causa funicular, 9 casos (11 %).

Tabla 7. Desglose de la asfixia

Asfixia	1997		1998		1999		2000		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Inexplicable	13	28,2	17	37,0	9	19,6	7	15,2	46	56,1
Toxemia	4	30,8	4	30,8	3	23,0	2	15,4	13	15,8
HRP	3	21,4	3	21,4	4	28,6	4	28,6	14	17,1
Funicular	1	11,1	1	11,1	2	22,2	5	55,6	9	11,0
Total	21	25,6	25	30,5	18	21,9	18	21,9	82	100,0

Fuente : Comité de Mortalidad
HDGO Guanabacoa

Discusión

En estudio realizado por *Bittar* en 3 367 nacimientos, la mortalidad perinatal fue de 22,4 por encima de nuestro resultados, mientras la tasa de mortalidad fetal tardía fue de 15,8 semejante a la nuestra.

Debemos señalar que en los 4 años estudiados, la tasa de mortalidad fetal tardía se mantuvo por encima de los propósitos del país (10 x 1000).¹

En la revisión realizada por *Aquino González*, la tasa más alta de mortalidad fetal tardía se encontró en las pacientes con más de 30 años de edad,² lo cual se corresponde con nuestro estudio.

En nuestro trabajo encontramos que el mayor número de defunciones fetales tardías fueron en casos extraárea, que se correspondieron con tránsitos en su gran mayoría, por lo que consideramos este es un grupo de gestantes de riesgo con las que debemos aumentar los cuidados de la atención prenatal.

Fundora Mayor en la revisión sobre hallazgos morfológicos en mortinatos macerados, observó que la mayor edad gestacional (relacionadas con las malformaciones) está entre las 28 y 41 semanas,³ mientras que *González*,² encontró la tasa mayor de mortalidad fetal tardía en las pacientes con una edad gestacional entre 28 y 36 semanas; nosotros también observamos el mayor porcentaje en este grupo de edad gestacional, aunque como ya habíamos señalado en los años 1998 y 2000 hubo un incremento en la mortalidad fetal en embarazos a término con peso fetal adecuado, lo cual se corresponde con los resultados de nuestra provincia en lo referente al año 2000.

La mayoría de las muertes fetales intraútero ocurren antes del inicio del trabajo de parto y el cambio que sufre el cuerpo del feto se conoce como maceración.⁴ No ocurrió así en nuestro estudio, en el que el 51 % de las defunciones fetales fueron anteparto (intra o extrahospitalarias), o sea, se comportaron de igual manera que las intraparto y existe un número casi proporcional entre las extrahospitalarias anteparto (EHAP) y las intrahospitalarias intraparto (IHIP), discretamente mayor en este último.

El examen necrópsico completo siempre va a ser útil, pues los hallazgos patológicos están presentes en una proporción suficiente como para justificar la autopsia.⁵

En el trabajo de *Fundora Mayor* y *Pérez Rodríguez* prevaleció la anoxia y la malnutrición;³ para nosotros la anoxia representó el 73,2 % y la malformación el 19,6 %.

Por lo anteriormente expuesto, podemos concluir que la mortalidad Perinatal I tuvo variación significativa (en sentido favorable) sólo en el año 1999, pero hubo un incremento en su componente fetal tardía en 1998. El mayor porcentaje de mortalidad fetal tardía se observó en el grupo de edad entre 30-34 años, para un 28,6 % y un 53,6 % de casos entre 25 y 34 años. Los casos extraáreas son los que tuvieron una mayor incidencia de óbitos fetales tardíos, con un 29,6 % y las áreas de salud más afectadas fueron "Andrés Ortiz" y "Regla" con un 22,3 % cada una.

En el período analizado predominaron las fetales tardías pretérmino (28-36 semanas) con 51,8 %, aunque en los años 1998 y 2000 fue importante el porcentaje de casos a término, 31,7 respectivamente. Los mayores porcentajes de mortalidad se encuentran en la intrahospitalaria, que sumados (ante e intraparto) llegan a 52,6 %. La asfixia globalmente representó el 73,2 % del total de defunciones totales tardías y es significativo el elevado porcentaje de asfixia de causa no asociada con una afección materna u ovular conocida (asfixia inexplicable) con un 56,1 %. Fue la malformación la segunda muerte fetal tardía en los 4 años estudiados con 22 casos, lo que representó el 19,6 %.

Recomendaciones

1. Esmerar la atención prenatal en las pacientes extraárea de tránsito, ya que vimos en nuestro estudio que son un grupo de riesgo que nos puede aumentar el número de defunciones fetales tardías.
2. Aumentar la vigilancia a la gestante ingresada fundamentalmente al seguimiento del trabajo de parto, ya que es el rubro IHIP el que más elevado se encuentra en estos 4 años estudiados.

3. Profundizar en el estudio de la asfixia, principal causa de muerte fetal tardía en nuestro hospital.
4. Seguir perfeccionando nuestro programa de pesquiasaje prenatal de malformaciones, ya que en estos 4 años tuvimos 22 casos, y fue esta la segunda causa de muerte fetal tardía.

Summary

Analysis of late fetal mortality (january 1997- december 2000)

A retrospective study of late fetal mortality was undertaken at the Gynecoobstetric Hospital of Guanabacoa from January 1997 to December 2000. The lowest late fetal mortality was that of 1999 and the highest that of 1998. 53.4 % were between 25 and 34 years old. The health area with less late fetal deaths was "Machaco Ameijeiras" Polyclinic, whereas the highest incidence was found in the extra-area cases by transit or affinity. The preterm (28-36 weeks) predominated in the first 3 years studied; however, in 2000 there was an increase of term pregnancies (37-41 weeks) and the greatest percentage was observed in the intrahospital fetal deaths (ante- and intrapartum) with 52.6 %. It was found that 73.2 % of the late fetal deaths were caused by asphyxia and, within them, the highest percentage corresponded to asphyxia non-related to a known maternal or ovular disease.

Key words: Late fetal mortality

Referencias bibliográficas

1. Bittar Z. Rates of perinatal mortality and low birth weight among 3367 consecutive births in couth of Beirut. J Med Liban. 1998; 46(3): 126-30.
2. Aquino González, D. Mortalidad fetal tardío. Estudio de 10 años. Rev Cubana Obstet Ginecol. 1988; 14(2): 21-30.
3. Fundora Mayor, I. Hallazgos morfológicos en una serie de 315 mortinatos macerados. Rev Cubana Obstet Ginecol. 1998; 24(1): 32-7.
4. Petter El, Craig, JM. Skin. En: Pathology of the fetus and Infant 3 ed. Chicago: Year Book Medical publishers Inc; 1976.p.627.
5. Wiedesberg, VH. Diagnostik Intrauteriner infektionen bei totgeborenen mit mazeration 3 grades. Zentralbl Gynanakol. 1983; 105: 1046-50.

Recibido: 24 de mayo del 2004. Aprobado: 4 de julio de 2005.

Dra. *Aleida Álvarez Sánchez*. Calle 17 No. 41404, entre 414 y 416 Peñas Altas, Guanabo, Ciudad de La Habana, Cuba.

¹ **Especialista de I grado en Ginecoobstetricia. Profesora asistente de la Facultad "Miguel Enríquez".**

² **Especialista de I grado en Ginecoobstetricia. Profesora instructora de la Facultad "Miguel Enríquez".**

³ **Especialista de I grado en Ginecoobstetricia.**

