

Hospital Docente Ginecoobstétrico de Guanabacoa. Ciudad de La Habana

ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD FETAL TARDÍA

Dra. Vivian Álvarez Ponce,¹ Dra. Milagros Muñiz Rizo,² Dr. Alfredo Rodríguez Pérez³ y Dra. Nancy Vasallo Pastor⁴

RESUMEN: Se realizó un estudio retrospectivo de la mortalidad fetal tardía en el Hospital Docente Ginecoobstétrico de Guanabacoa, en el período comprendido entre enero de 1997, hasta diciembre de 1998. La mortalidad fetal tardía aumentó de 12,5 en 1997 a 14,3 en 1998. De las pacientes estudiadas el 37,5 % tenían entre 30 y 34 años. El área de salud con mayor número de defunciones fetales tardías fue el policlínico "Andrés Ortiz" (21,9 %). En ambos períodos predominaron las muertes fetales pretérmino (28-36 semanas), y el mayor porcentaje fue en las intrahospitalarias (ante e intraparto) con 59,4 %. Se encontró que el 71,8 % de las muertes fetales tardías tuvo como causa la asfixia, y dentro de éstas, el mayor porcentaje (65,2 %) correspondió a la asfixia no relacionada con afección materna u ovular conocida.

Descriptores DeCS: MUERTE FETAL; TASA DE MORTALIDAD; MORTALIDAD INFANTIL.

Durante años ha sido preocupación de nuestro Ministerio de Salud Pública disminuir las tasas de mortalidad infantil, perinatal y materna. Esto se ha logrado con 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 su relación con la secundaria.

Durante el período comprendido entre enero de 1997 y diciembre de 1998 hubo un

total de 64 defunciones fetales tardías; de ellas, 38 intrahospitalarias: 17 anteparto, mientras 21 fueron intraparto. Esto nos motivó a realizar un análisis, con el fin de conocer cómo se comportó la mortalidad fetal tardía en nuestro hospital durante ese período, para lo cual nos trazamos objetivos, con vistas a un mejor análisis de nuestros resultados.

Nuestro objetivo fue conocer cómo se comportó la tasa de muerte fetal tardía en

¹ Especialista de I Grado en Ginecoobstetricia. Instructora ISCMH.

² Especialista de I Grado en Ginecoobstetricia.

³ Especialista de I Grado en Ginecoobstetricia. Profesor Titular ISCMH.

⁴ Especialista de II Grado en Anatomía Patológica. Profesora Auxiliar ISCMH.

nuestro hospital; la edad de las pacientes estudiadas; a qué área de salud pertenecían; determinar el tiempo de gestación en el momento de ocurrir la defunción y la clasificación según estudio anatomopatológico fetal.

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 de 1998.

Se analizaron las siguientes variables:

- Área de salud a la que pertenecían las pacientes.
- Edad materna.
- 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 y se llegó a conclusiones.

Resultados

En la tabla 1 podemos observar que aunque la mortalidad perinatal I no tuvo variación significativa en los 2 años estudiados (16,4 y 17,5), sí hubo un incremento en la fetal tardía de 12,5 a 14,3 en 1998. Al analizar los grupos etáreos maternos (tabla 2) se encontró el mayor porcentaje de fetal tardía en el grupo entre 30 y 34 años, con 37,5 %, seguido de las pacientes con edades comprendidas entre 20-24 años (15 para el 23,4 %). El menor porcentaje correspondió a las adolescentes (< de 20 años, con 6,3 %).

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 comprobó que el policlínico “Andrés Ortiz” fue el de mayor número de defunciones, con 21,9 %. El 32,8 % de las fallecidas fue extraárea. En cuanto a la edad gestacional en que ocurrió la defunción (tabla 4), prevaleció el pretérmino (entre 28 y 36 semanas), con 59,3 %.

El mayor porcentaje de mortalidad fetal (tabla 5), se encontró en las intrahospitalarias (anteparto 26,6 %, intraparto 32,8 %) que sumados llegan a 59,4 %.

TABLA 1. Tasa de mortalidad perinatal

Año	Fetal tardía		Neonatal precoz		Perinatal I	
	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

Fuente: Comité de Mortalidad.

TABLA 2. Grupos de edades

Edad (años)	1997		1998		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
<20	2	50,0	2	50,0	4	6,3
20-24	4	26,7	11	73,3	15	23,4
25-29	7	70,0	3	30,0	10	15,6
30-34	13	54,2	11	45,8	24	37,5
≥ 35	5	45,5	6	54,5	11	17,2
Total	31	48,4	33	51,6	64	100,0

Fuente: Comité de Mortalidad.

TABLA 3. Área de procedencia

Áreas	1997		1998		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Machaco	7	70,0	3	30,0	10	15,6
A. Ortiz	6	42,9	8	57,1	14	21,9
Docente	4	57,1	3	42,9	7	10,9
Regla	3	25,9	75,0	12	18,8	
Extraárea	11	52,4	10	47,6	21	32,8
Total	31	48,4	33	51,6	64	100,0

Fuente: Comité de Mortalidad.

TABLA 4. Edad gestacional a la defunción

E. gestacional (sem)	1997		1998		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
<28	2	50,0	2	50,0	4	6,3
28-36	20	52,6	18	47,4	38	59,3
37-41	7	35,0	13	65,0	20	31,3
≥42	2	100,0	-	-	2	3,1
Total	31	48,4	33	51,6	64	100,0

Fuente: Comité de Mortalidad.

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

Clasificación	1997		1998		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
EH:Ap	10	52,6	9	47,4	19	29,7
	Ip	3	42,9	4	57,1	7
IH:Ap	7	41,2	10	58,8	17	26,6
	Ip	11	52,4	10	47,6	21
Total	31	48,4	33	51,6	64	100,0

Fuente: Comité de Mortalidad.

En la tabla 6 se analizó la clasificación anatomopatológica según Quebec, y se encontró que la asfixia representó el 71,8 % del total de defunciones fetales tardías, que se desglosan de la siguiente manera: asfixia inexplicada, 30 casos (65,2 %), asfixia por toxemia 8, para 17,4 %, asfixia por HRP, 6 casos que representaron 13,0 %, y asfixia de causa funicular 2 casos, el 4,3 %.

TABLA 6. Clasificación anatomopatológica (Quebec)

Clasificación	1997		1998		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Asfixia: inexplicada	13	61,9	17	68,0	30	65,2
Toxemia	4	19,0	4	16,0	8	17,4
HRP	3	14,2	3	12,0	6	13,0
Funicular	1	4,8	1	4,0	2	4,3
Subtotal	21	67,7	25	75,7	46	71,8
Malformación	9	29,0	5	15,1	14	21,8
CIUR	1	3,2	2	6,1	3	4,7
Otras causas	-	-	1	3,0	1	1,6
Total	31	48,4	33	51,6	64	100,0

Fuente: Comité de Mortalidad.

Discusión

En estudios realizados por *Bittar* en 3 367 nacimientos, la mortalidad perinatal fue de 22,4, lo cual se encuentra por encima de nuestros resultados, mientras la tasa de fetal tardía fue de 15,8 semejante a la muestra. Debemos señalar que en los 2 años estudiados la tasa de fetal tardía se mantuvo por encima de los propósitos del país (10 x 1000).¹

En estudio realizado 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 corresponde con nuestro estudio.

Fundora Mayor, en la revisión sobre hallazgos morfológicos en mortinatos macerados, observó que la mayor edad gestacional (relacionada 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 observamos el mayor porcentaje en este grupo de edad gestacional.

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

En nuestro estudio hubo 56,3 % de muertes fetales anteparto.

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 71,8 %.

Por todo lo anterior podemos concluir que la mortalidad perinatal I no tiene globalmente variación significativa, pero hubo incremento en su componente fetal tardía de 12,5 a 14,3 en 1998. El mayor porcentaje de mortalidad fetal tardía se observó en el grupo de edad entre 30-34 años (37,5 %) y el área de salud con mayor número (21,9 %) fue la del policlínico "Andrés Ortiz". En el período analizado predominaron las muertes fetales tardías pretérmino (28-36 semanas), con los mayores porcentajes de mortalidad en la intrahospitalaria, que sumados (ante e intraparto) llegan a 59,4%.

La asfixia globalmente representó el 71,8 % del total de defunciones fetales tardías, y resulta muy significativo, el elevado porcentaje de asfixia de causa no asociada con afección materna u ovular conocida (65,2 %).

SUMMARY: A retrospective study on late fetal mortality was conducted at the Gynecobstetric Teaching Hospital of Guanabacoa from January, 1997, to December, 1998. Late fetal mortality increased from 12,5 in 1997 to 14,3 in 1998. Of the studied patients, 37,5% were between 30 and 34 years old. The "Andres Ortiz" Polyclinic was the health area with the highest number of late fetal deaths (21.9 %). The preterm labor (28-36 weeks) predominated in both periods, whereas the highest percentage corresponded to intrahospital fetal death (pre and intradelivery) with 59,4%. It was observed that 71.8 % of the late fetal deaths were caused by asphyxia and, within them, the greatest percentage corresponded to asphyxia non related to known maternal or ovular affection.

Subject headings: FETAL DEATH; MORTALITY RATE; INFANT MORTALITY.

Referencias bibliográficas

1. Bittar Z. Rates of perinatal mortality and low birth weight among 3367 consecutive birth in south of Beirut. *J Med Liban* 1998;46(3):126-30.
2. Aquino González D. Mortalidad fetal tardía. 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* 3ra. ed. Chicago: Year Book Medical, 1976:627.
5. Wiedesberg VH. Diagnostik intrauteriner infektionen bei totgeborenen mit mazeration 3 grades. *Zentralbl Gynakol* 1983;105:1046-50.

Recibido: 12 de octubre de 1999. Aprobado: 12 de enero del 2000

Dra. *Vivian Alvarez Ponce*. Independencia, No. 234, entre Becquer y Cruz Verde, Guanabacoa, Ciudad de La Habana, Cuba.