

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"OBITO FETAL"
REVISION DE CASOS EN EL HOSPITAL ROOSEVELT
DURANTE EL AÑO DE 1978

TESIS

Presentada a la Junta Directiva de la
Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

Por

VICTOR OLEGARIO TEMAJ AGUSTIN

En el acto de su investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

PLAN DE TESIS

- I.- INTRODUCCION
- II.- ANTECEDENTES
- III.- DEFINICION DEL PROBLEMA
- IV.- JUSTIFICACIONES
- V.- OBJETIVOS
- VI.- HIPOTESIS
- VII.- GENERALIDADES:
 - Definición
 - Etiología
 - Evolución Anatómica del feto muerto y retenido
 - Evolución
 - Diagnóstico
 - Complicaciones
 - Evolución del parto, alumbramiento y puerperio
 - Tratamiento
 - Tratamiento preventivo de la muerte habitual del feto.
- VIII.- MATERIAL Y METODOS
- IX.- PRESENTACION DE DATOS
- X.- CONCLUSIONES
- XI. RECOMENDACIONES
- XII. BIBLIOGRAFIA

I.- INTRODUCCION

El presente trabajo trata sobre el OBITO FETAL, por constituir un problema de amplia importancia dentro del campo obstétrico.

En Guatemala, pocos son los estudios que se han efectuado al respecto y por consiguiente, se desconoce la incidencia en nuestros hospitales. El Dr. Francisco Cerezo, efectuó un estudio en el Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt, demostrando una incidencia de 2.4% entre 10,560 nacimientos en el año de 1961. En el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, se demuestra en un estudio de Junio de 1973 a Septiembre de 1974, sobre la importancia de la FETO-OLEOGRAFIA en el diagnóstico del óbito fetal. También, hay un estudio efectuado en el Hospital Nacional de Mazatenango, en donde se confirma que el problema es una de las complicaciones más frecuentes en madres manipuladas por comadrona y sin control prenatal.

Muchos son los factores que intervienen en el desencañamiento del óbito fetal, el presente trabajo trata de enumerar la etiología, sintomatología, diagnóstico, tratamiento y prevención logrados hasta el momento en la literatura médica, y correlacionar con la metodología que se realiza en los centros hospitalarios. Además, de servir de base para un estudio del problema y a la vez de referencia para estudios futuros.

II.- ANTECEDENTES

- 1935 BOERO, inyecta de 2 a 3 centímetros de formalina a 40% en la cavidad amniótica para inducir el parto en casos de muerte fetal.
- 1949 BALDI Y MARGULIES (Buenos Aires) aconsejan la punción ovular, en forma similar a la utilizada por el método de ABUREL, con el objeto de obtener una muestra de líquido amniótico. Después de 48 horas de muerto el feto, el líquido amniótico extraído dá la reacción de ADLER POSITIVO (por presencia de hemoglobina).
- 1953 L. LIZAMA (De la Maternidad de San Borja, de Santiago de Chile), aconseja la administración desde el sexto mes de embarazo, de 160 mgs. diarios de BIOFLAVONOIDE (CVP) con vitamina "C" como tratamiento preventivo de la enfermedad hemolítica en embarazos con antecedentes de fetos muertos por incompatibilidad Rh con aglutininas presentes.
- 1961 MORRIS SIEGEL y COLABORADORES, en un estudio de 86 casos de virosis y embarazo, dá los siguientes resultados: 6 muertes fatales, de los cuales 5 fueron por virosis de la madre antes de la vigésima octava semana de embarazo y un caso después de esta fecha.
- 1964 Dr. CHAVEZ RAMIREZ, reporta una incidencia de 0.83% de óbito fetal de 8,583 partos en el Hospital San Juan de Dios de Costa Rica y con una mortalidad materna de 0%.

II.- ANTECEDENTES

BOERO, inyecta de 2 a 3 centímetros de formalina al 40% en la cavidad amniótica para inducir el parto en casos de muerte fetal.

BALDI Y MARGULIES (Buenos Aires) aconsejan la punción ovular, en forma similar a la utilizada por el método de ABUREL, con el objeto de obtener una muestra de líquido amniótico. Después de 48 horas de muerto el feto, el líquido amniótico extraído dá la reacción de ADLER POSITIVO (por presencia de hemoglobina).

L. LIZAMA (De la Maternidad de San Borja, de Santiago de Chile), aconseja la administración desde el sexto mes de embarazo, de 160 mgs. diarios de BIOFLAVONOIDE (CVP) con vitamina "C" como tratamiento preventivo de la enfermedad hemolítica en embarazos con antecedentes de fetos muertos por incompatibilidad Rh con aglutininas presentes.

MORRIS SIEGEL y COLABORADORES, en un estudio de 86 casos de virosis y embarazo, dá los siguientes resultados: 6 muertes fetales, de los cuales 5 fueron por virosis de la madre antes de la vigésima octava semana de embarazo y un caso después de esta fecha.

Dr. CHAVEZ RAMIREZ, reporta una incidencia de 0.83 de óbito fetal de 8,583 partos en el Hospital San Juan de Dios de Costa Rica y con una mortalidad materna de 0%.

1964 Dr. PEREZ, estudió en el Instituto Materno Infantil Carit 16 casos, en los cuales hubo sospecha de muerte fetal in útero. Se practicó en cada uno de estos casos la prueba de Baldi, dando resultado positivo en todos. Estos casos fueron corroborados en el momento del parto.

1967 En el Centro Materno Infantil del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, se estudiaron 500 grandes multiparas, de las cuales hubo una incidencia de 3.2% de óbito fetal.

1971 Drs. GRILLO, OCAMPO y GUARDIA, efectuaron un estudio de 21 pacientes portadoras de óbito fetal (período de Mayo/69 a Octubre/70) que fueron sometidas a tratamiento con soluciones hipertónicas intra-amnióticas, logrando la expulsión del feto en un tiempo promedio de 23 horas.

1977 En el Instituto Mexicano de Seguridad Social, se demuestra que la púrpura trombocitopénica idiopática en madres embarazadas, puede ser complicación de óbito fetal.

La prensa médica Mexicana/67 reporta sobre la dosificación del estriol urinario lo siguiente: al término del embarazo los valores normales oscilan entre 12 y 30 mgs. en la orina de 24 horas. Se afirma que si la excreción es de 4 mgs. o menos en orina de 24 horas, el producto no podrá vivir más de 72 horas dentro del útero, y que cifras entre 4 y 12 mgs. indican que no habrá muerte intrauterina, pero que pueden presentarse problemas en el momento del parto o en el período neonatal. Este control del estriol durante el curso del embarazo permite la predicción de la muerte fetal con una certeza de 90%.

Tricomi y Kohl, en un estudio sobre muertes fetales producidas antes del comienzo del parto, encontraron que si se dejaba que el parto comenzara en forma espontánea, el 75% de las pacientes daban a luz al final de la segunda semana después de la muerte del feto y que el 93% ya habían dado a luz al final de la tercera semana.

Según Pritchard, cuando el feto muere y queda retenido durante 5 semanas o más, la posibilidad de que se produzca una hipofibrinogenemia que llega a ser peligrosa antes que comience el parto espontáneo y su expulsión ocurre aproximadamente en 1 caso de 4.

En E.E. U.U., los métodos que se siguen en una embarazada con feto muerto son:

| <u>METODO</u> | <u>POR CIENTO</u> |
|-------------------------------|-------------------|
| Parto espontáneo | 58.9 |
| Inducción | 13.1 |
| Amniotomía sola | 10.6 |
| Oxitocina sola | 8.6 |
| Amniotomía y Oxitocina | 4.1 |
| Solución Salina Intramniótica | 2.8 |
| Histerotomía | 1.9 |
| Histerectomía | |

III.- " DEFINICION DEL PROBLEMA "

El problema consiste en detectar los casos diagnosticados de óbito fetal en el HOSPITAL ROOSEVELT de la ciudad de Guatemala, durante el período comprendido entre el 1ro. de Enero al 31 de Diciembre de 1978, enumerar la etiología, sintomatología, así como presentar el proceso de diagnóstico y tratamiento, y dar a conocer los resultados obtenidos.

IV: JUSTIFICACION

Aunque en la actualidad se cuenta con métodos seguros e inocuos para el tratamiento de un óbito fetal, el presente trabajo se realiza con el propósito de dar a conocer en que forma se manejan estos casos en el Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt.

V.- OBJETIVOS

- 1.- Conocer las causas de OBITO FETAL, durante el período comprendido del 1ro. de Enero al 31 de Diciembre de 1978 en el Hospital Roosevelt.
- 2.- Establecer el proceso de diagnóstico y tipos de tratamiento a las madres embarazadas con OBITO FETAL.
- 3.- Establecer la sintomatología, edad, antecedentes obstétricos, ginecológicos, médicos y quirúrgicos de las madres portadoras de OBITO FETAL.

VI.- HIPOTESIS

1.- LA INCIDENCIA DE OBITO FETAL ES ALTA EN MADRES SIN CONTROL PRENATAL.

2.- EN LA MAYORIA DE LOS CASOS DE OBITO FETAL, SE LOGRA IDENTIFICAR SU ETIOLOGIA.

VII.- GENERALIDADES

OBITO FETAL:

DEFINICION: Se llama óbito fetal a la muerte del feto después de la 28a. semana de gestación y con retención del producto más de cuatro semanas.

En cualquier momento, durante el embarazo y obedeciendo a causas muy diversas, el feto puede morir dentro del útero. Unas veces, tras la muerte fetal el huevo es rápidamente expulsado, y todo termina como un aborto espontáneo, o un parto prematuro de un feto muerto.

Otras veces, el trabajo expulsivo no se desencadena, y el feto muerto es retenido dentro del útero, un tiempo variable: días y a veces, meses. Excepcionalmente la retención dura más tiempo. Cuando entre la muerte del feto y su expulsión transcurre un período de días o meses, se dice que hay retención de feto muerto.

ETIOLOGIA:

- A) CAUSAS MATERNAS: 1a. Las gestosis, de frecuente observación, actúan produciendo senectud placentaria precoz, esclerosis, infartos o desencadenando desequilibrios endócrinos. De donde la muerte fetal ocurre con motivo de una nefropatía, una hipertensión arterial o más raramente de una anemia gravídica. 2.- Las afecciones que complican el embarazo, como la diabetes, en la que la muerte fetal suele ocurrir en el último mes a

causa de la acidosis e hipoglucemia materna, la hiperglicemia fetal y el desequilibrio hormonal por hipersecreción de gonadotrofinas coriónicas; las cardiopatías, en especial la taquicardia paroxística; las enfermedades infecciosas, por sus toxinas y por la hiperte-mia que provocan; las enfermedades parasitarias, como el paludismo, la toxoplasmosis y la sífilis que mata al feto por dos mecanismos: por flebitis de la vena umbilical (interrupción de la circulación) y por invasión visceral (hígado, bazo, riñón). 3.- Las intoxicaciones profesionales (mercurio, plomo, benzol) o accidentales (óxido de carbono). 4.- Los trastornos hormonales, tales como los producidos por las alteraciones de la tiroides, suprarrenal e hipófisis, que pueden en forma nociva para el feto, trastornar el equilibrio gravídico. 5.- La iso inmunización por factor Rh, en la que las aglutininas maternas originan la muerte fetal. El producto de la concepción nace hidrópico o bajo el aspecto de macerado común. 6.- Los traumatismos materno-fetales directos e indirectos.

B) **CAUSAS FETALES:** Se cuentan entre otras, las agenesias y mal formaciones incompatibles con la vida aún intrauterina, cuando alcanzan un cierto grado (anencefalia, hidrocefalia, malformaciones cardiovasculares, etc.)

C) **CAUSAS OVULARES:** Inserción baja de la placenta, la torsión exagerada del cordón con lesiones vasculares, los embarazos gemelares univitelinos, en los que el feto transfundido, hidrópico, puede sucumbir y luego su cuerpo ser progresivamente comprimido por el crecimiento de su hermano vivo.

D) **CAUSAS INDETERMINADAS:** En un 25% de los casos no puede precisarse la etiología ni por la clínica ni por el laboratorio. A veces la muerte se repite en cada embarazo en la misma época. También ciertas infecciones aún no puestas en evidencia y la prediabetes no diagnosticada pueden estar en juego.

Además, juega un papel importante la edad, raza y paridad, factores que se encuentran interrelacionados. La mortalidad es baja en los primeros embarazos, aumenta con el número de estos. La edad es factor importante, la incidencia aumenta en relación directa con la misma.

La rotura prematura de las membranas ovulares, posibilita la infección amniótica.

EVOLUCION ANATOMICA DEL FETO MUERTO Y RETENIDO.

Cuando el embarazo se detiene en las primeras ocho semanas, el embrión se disuelve: disolución o liquéfacción, que da lugar al llamado huevo claro.

De la 13a. a la 21a. semana el feto es más consistente y voluminoso, no pudiendo absorberse, y se momifica; las partes blandas, de color gris claro, se arrugan y adquieren un aspecto masilla; el líquido amniótico se reabsorbe en parte y se pone espeso, la placenta se decolora y la caduca también se espesa. Cuando un gemelo muere alrededor de la 21a. semana se momifica y aplasta, semejando un perfil humano recortado en un trozo de papel (feto papiráceo o compreso). En la cara fetal de la placenta asoman pequeñas nudosidades oscuras (hematoma subcorial tuberoso de Breus).

En la segunda mitad del embarazo, el feto muerto y retenido sufre un proceso llamado MACERACION. En los dos primeros días los tejidos se ablandan; entre el tercero y el octavo la epidermis se infiltra de serosidad, terminando por elevarse en forma de flictemas, que se rompen, dejando salir un líquido serosanguinolento (1er. grado de maceración). La epidermis comienza a desprenderse en grandes colgajos; al octavo día la dermis queda al descubierto en los miembros y el tronco, adquiriendo un color rojo oscuro (feto sanguinolento: 2do. grado de maceración). La descamación recién afecta la cara hacia el duodécimo día. Al mismo tiempo los huesos del cráneo se reblandecen y dislocan, dando la sensación táctil de un saco de nueces; las vísceras se filtran y decoloran; los globulos rojos se destruyen. La placenta se aplasta y se atrofia, o por el contrario, se edematiza. El cordón está tumefacto e infiltrado por un líquido rosado. El amnios y corion se ponen friables y toman el mismo color que el líquido amniótico, que primero es verdoso, luego rosado y por fin achocolatado (3er. grado de maceración).

La autólisis cadavérica torna pronto imposible todo examen necrópsico posterior. El grado de maceración permite aproximadamente, según las lesiones existentes, fijar los días transcurridos desde la muerte fetal.

EVOLUCION:

Como la causa obra lentamente, la muerte fetal no desencadena de inmediato el trabajo de parto y el feto es retenido (feto muerto y retenido), siendo expulsado después de algunos días, semanas o meses. En el 80% de los casos el feto muerto es expulsado dentro de un lapso de 15 días siguientes al deceso; más raramente el parto ocurre en las cercanías del término. En algunos casos, hoy raros, los gérmenes invaden el huevo retenido, a menudo después de la rotura de las membranas; el líquido amniótico se pone fétido, el feto presenta un enfisema difuso, el útero

se llena de gases (fisómetra), producidos por gérmenes anaerobios. Es el cuadro de la putrefacción fetal, que puede generar en la madre una septicemia mortal por embolias septicás o gaseosas.

DIAGNOSTICO:

A) EXAMEN CLINICO

1. Signos funcionales: la embarazada no siente más los movimientos activos netamente percibidos por ella en los días precedentes. En los días siguientes las molestias y ligeros síntomas gestócicos se atenúan o desaparecen. Tal ocurre con la albuminuria, las náuseas y vómitos y con las varices que se aplastan. En los senos se produce secreción láctea.

2. Signos locales: A veces ocurre una ligera metrorragia, o aparece un flujo sanguinolento. A la palpación el feto se hace menos perceptible a medida que pasan los días, formando una masa blanda, única, sin diferencias de consistencia. En la maceración avanzada la cabeza crepita como un saco de nueces (signo de NEGRI).

La auscultación fetal es negativa, hecho que se adquiere más valor cuando se opone a la buena percepción de los latidos en exámenes anteriores. El soplo uterino persiste y los latidos aórticos se auscultan con una acentuada nitidez, debido a la reabsorción de líquido amniótico (signo de BOERO).

La desaparición de los movimientos activos del feto, la comprobación de la disminución del volumen uterino, ausencia de latidos fetales y la disminución de la consistencia fetal, en exámenes repetidos cada 5 o 6 días, per-

miten afirmar clínicamente la muerte fetal.

El tacto, a medida que pasan los días, encuentra que la consistencia del cuello aumenta, mientras a través del segmento inferior, tenso, pero blando, es imposible individualizar partes fetales.

B.- LABORATORIOS Y OTROS

- 1.- Signos radiológicos: aparecen recién hacia los ocho días, siendo las principales: Signo de SPALDING, calcificación de los huesos del cráneo fetal; el Signo de HORNER, asimetría de la cabeza fetal; el Signo de SPANGLER, achatamiento del cráneo fetal; el Signo de IUNGMANN, enderezamiento de la columna dorsolumbar del feto muerto, por atonía muscular, el Signo de ROBERTS y DAVIDSON, presencia de burbujas gaseosas en el aparato circulatorio fetal (corazón, vasos femorales, etc.); Signo de DEVEL, especie de "aureola" de estrías negras que rodea el cráneo fetal; el Signo de DEUEL, análogo al descrito por Hellman e Irving para el edema generalizado del feto, traduce la muerte fetal siempre que ella hay ocurrido 48 horas antes y se lo descubre en un tercio de los casos aproximadamente.

Las radiografías seriadas, al mostrar el feto en una misma situación y posición, permiten deducir la ausencia de movimientos espontáneos.

- 2.- Las determinaciones hormonales, muestran una verdadera alteración, disminuyendo sus cifras progresivamente, a medida que pasan los días del momento de la muerte fetal. Dentro de esto tenemos el estriol urinario, si los valores están por debajo de 1 mg/día en el tercer

trimestre son virtualmente patognómicos, a menos que el feto sea anancefálico o tenga una hipoplasia de la corteza suprarrenal. El análisis de la gonadotrofina coriónica no tiene ningún valor.

- 3.- Al examen colpocitológico, se observa que desaparecen los índices de preparación progestacional con inusitado aumento de las curvas acidófila y cariopicnótica. Se han observado además que las células de los extendidos se ven casi en la mitad de los casos rodeados de elementos redondos, de tipo lipóide, pero no coloreables por el Sudán, y que si bien no son absolutamente específicos de la muerte fetal, le dan al preparado un aspecto muy característico, y que unidos a la restante sintomatología clínica y facilitan el diagnóstico.

- 4.- Un signo que colabora en el diagnóstico es la presencia de glóbulos rojos en disolución o hemoglobina en el líquido amniótico obtenido por punción uterina transabdominal (Baldi, E. y Margulies, M.). La simple observación macroscópica suele ser suficiente, pero la investigación microscópica de los hematíes o química de la hemoglobina aclaran las dudas.

- 5.- La amnioscopia resulta un método sencillo y eficaz. Si el feto ha muerto recientemente se visualiza meconio en la mayoría de los casos. Si la muerte del feto ha tenido lugar uno o dos días antes, la coloración verde producida por la expulsión del meconio puede ser poco intensa o bien no ser ya visible, observándose en cambio a través de las membranas un líquido amniótico de color carne. Si el feto ha muerto hace bastante tiempo, el reblandecimiento del cráneo fetal se comprueba, cuando resulta posible, deprimiendo la punta del amnioscopio

sobre la cabeza. Además, la piel del feto se observa azulada, en contraposición al feto vivo y sano, en que la piel presenta una coloración rosada (Saling).

- 6.- A través de la feto-oleografía combinada, también puede hacerse el diagnóstico de feto muerto.

COMPLICACIONES:

La infección del huevo que lleva a la putrefacción fetal es hoy poco frecuente. Otro hecho temible es la evolución hacia la hipofibrinogenemia y las hemorragias consecutivas; ocurren generalmente después de tres semanas de retención de un feto muerto y se presenta a continuación de la expulsión del mismo en forma de una hemorragia incoercible de sangre incoagulable. La presencia de hematurias, equimosis, etc., antes de la expulsión o la larga retención deben llevar a investigar con anticipación la fibrinólisis.

EVOLUCION DEL PARTO, ALUMBRAMIENTO Y PUERPERIO:

Según el tiempo transcurrido desde la muerte fetal podrá expulsarse un feto con características más o menos conservadas, o bien, modificado, reblandecido, con los huesos de la cabeza cabalgando unos sobre otros, etc. El alumbramiento puede transcurrir sin mayores incidencias, pero a veces quedan retenidas membranas capaces de condicionar endometritis leves en el puerperio. El puerperio suele evolucionar normalmente.

TRATAMIENTO:

- 1.- Vigilancia expectante siempre que el huevo esté íntegro. Esta conducta se funda en que se produce la expulsión espontánea en el 93% de los casos, en un tiempo de 4 semanas.

2.-

Transcurrido el tiempo de 4 semanas o si la bolsa está rota, no se debe esperar mucho, ya que las modificaciones involutivas del músculo uterino disminuyeron mucho su irritabilidad y contractilidad y el cuello pierde su estructura elástica gravídica, poniéndose rígido y poco apto para el borramiento y dilatación; además de que la hipofibrinogenemia puede aparecer. Con el objeto de prevenir esta complicación se recomienda efectuar de terminaciones periódicas de fibrinógeno (400 mg % en la embarazada normal). Si las determinaciones indican una caída progresiva del mismo y antes que alcance el nivel crítico de 100 mg %, se debe evacuar el útero por varios mecanismos: a.- Antiguamente, sensibilizando el útero con estrógenos y se emplearán los métodos comunes de inducción. Se recomienda la administración de ocitocina por goteo endovenoso. Si fracasa, se puede repetir con uno o dos días de descanso. b.- Usar el método de Aburel; que consiste en inyectar 80 cc de suero clorurado hipertónico a saturación en la cavidad ovular y por vía transabdominal, usando una aguja larga de punción raquídea, asegurándose previamente por aspiración que se ha llegado a la cavidad amniótica.- No está aconsejable el uso de soluciones hipertónicas glucosadas, ya que la glucosa constituye un excelente medio de cultivo para las bacterias, lo cual unido a la baja tensión de O_2 en el líquido amniótico después de ocurrida la muerte fetal, facilita el crecimiento de organismos anaerobios, en estos casos se corre el riesgo de que se presente embolia de líquido amniótico.

3.-

Toda vez que aparecen signos de infección amniótica, o cuando el huevo esté abierto por rotura de las membranas, se impone la evacuación rápida del útero. Para ello, en los casos que llegan a la putrefacción fetal exis-

ten dos grandes obstáculos: la rigidez del cuello y el enorme volumen del feto distendido por los gases. En dicho caso, la histerectomía total en bloque y el uso de antibióticos por vía parenteral, es el único procedimiento que puede proporcionar éxito.

TRATAMIENTO PREVENTIVO DE LA MUERTE HABITUAL DEL FETO:

Debe investigarse la sífilis, diabetes, la gestosis y la incompatibilidad sanguínea feto-materna (especialmente factor Rh). La hipoplasia genital (útero hipolásico) y las malformaciones uterinas (útero doble, útero unicorno), son capaces de determinar la pérdida de varios embarazos, pero se llega a un tercero o cuarto embarazo que alcanza al término, y suele ser seguido por otros con todo éxito. Es conveniente en mujeres que refieren haber perdido varios embarazos de poca edad, pedir una histerosalpingografía que informará sobre posibles malformaciones. El estudio del espermatozoides y de un coriograma son importantes.

VIII. MATERIAL Y METODOS

El método que se empleó en el presente trabajo, es el método científico.

Se efectuó revisión de todas las papeletas de cada paciente sujeta al estudio, comprendido del período del 1ro. de Enero al 31 de Diciembre de 1978, del archivo del Hospital Roosevelt.

Así también, se revisó el material bibliográfico del Hospital Roosevelt, de la Biblioteca Central de la Universidad de San Carlos de Guatemala, de la Biblioteca del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, de la Biblioteca del Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala y de la Biblioteca de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Guatemala.

IX.- PRESENTACION DE DATOS

En el presente trabajo se detectaron 12 casos de los 14,808 nacimientos durante el año de 1978, es decir, una incidencia de óbito fetal de 0.08% en el Hospital Roosevelt. A continuación se analizan todos los casos.

CUADRO No.1
EDAD DE LA MADRE

| | No. | % |
|--------------|-----|------|
| 15 - 20 años | 2 | 16.6 |
| 21 - 25 años | 1 | 8.3 |
| 26 - 30 años | 4 | 33.3 |
| 31 - 35 años | 3 | 25.0 |
| 36 - 40 años | 2 | 16.6 |

CUADRO No.2
EDAD DEL EMBARAZO

| | No. | % |
|------------------|-----|------|
| 31 - 35 semanas | 2 | 16.6 |
| 36 - 40 semanas | 9 | 75.0 |
| 41 a más semanas | 1 | 8.3 |

Según el cuadro, el 75% de los casos ocurrió a la edad de 36-40 semanas de embarazo.

Como puede observarse en este cuadro, el 25% de las madres la edad oscila entre 15-25 años y la mayoría 58.3% entre 26-35 años.

CUADRO No. 3

DURACION DEL TRABAJO DE PARTO

| | No. | % |
|----------------------|-----|------|
| 1 - 2 horas | 1 | 8.3 |
| 2 - 6 horas | 1 | 8.3 |
| 6 - 12 horas | 4 | 33.3 |
| 12 - 24 horas | 2 | 16.6 |
| más de 24 horas | 1 | 8.3 |
| sin trabajo de parto | 2 | 16.6 |
| no reportados | 1 | 8.3 |

El Cuadro No.3 nos indica que 1/3 de los casos tuvo una duración de trabajo de parto de 6 - 12 horas. Los casos de sin trabajo de parto, se resolvieron por laparatomía exploradora por ser embarazos ectópicos.

CUADRO No.4
TIPO DE PARTO

| | No. | % |
|-----------|-----|------|
| EUTOCICO | 8 | 66.6 |
| DISTOCICO | 4 | 33.3 |

El 66.6% de los casos se resolvió por vía vaginal sin ninguna complicación, según los resultados de este cuadro.

CUADRO No.6
PESO DE LOS FETOS

| | No. | % |
|----------------|-----|------|
| 2-3 libras | 2 | 16.6 |
| 3.1 - 5 libras | 6 | 50.0 |
| 5.1 - 7 libras | 4 | 33.3 |

Vemos en este cuadro, que el 50% de los fetos tuvo un peso de 3.1 - 5 libras, el 33.3% de 5.1 - 7 libras y el resto de 2 - 3 libras.

CUADRO No. 5
TIPO DE PRESENTACION

| | No. | % |
|-----------------|-----|------|
| Cefálica | 4 | 33.3 |
| Pelviana | 6 | 50.0 |
| Hombro | 0 | 0.0 |
| Otros:ectópicos | 2 | 16.6 |

Este cuadro nos expone que el 50% de las presentaciones fué pelviana y el 33.3% fué cefálica.

CUADRO No. 7
SEXO DE LOS FETOS

| | No. | % |
|-----------|-----|------|
| Masculino | 6 | 50.0 |
| Femenino | 6 | 50.0 |

Podemos ver que el 50% de los fetos fué de sexo masculino y 50% de sexo femenino.

CUADRO No. 8
SINTOMATOLOGIA DE LAS MADRES

| | No. | % |
|---|-----|-------|
| Ausencia de movimientos fetales | 12 | 100.0 |
| Flujo sanguinolento | 2 | 16.6 |
| Desvanecimiento y pérdida de conocimiento | 1 | 8.3 |
| Aumento de volumen de abdomen | 2 | 16.6 |
| Flujo vaginal fétido | 1 | 8.3 |
| Fiebre | 1 | 8.3 |
| Pérdida de peso y palidez | 1 | 8.3 |

Se revela en este cuadro que el 100% de las pacientes refirió ausencia de movimientos fetales, luego el 16.6% flujo sanguinolento, el 16.6% aumento de volumen de abdomen y de menor porcentaje la fiebre, pérdida de peso y palidez, flujo vaginal fétido, desvanecimiento y pérdida de conocimiento.

CUADRO No. 9
HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO

| | No. | % |
|---|-----|-------|
| No se delimitan partes fetales | 4 | 33.3 |
| Foco fetal ausente | 12 | 100.0 |
| Abdomen muy distendido | 1 | 8.3 |
| Palidez marcada | 1 | 8.3 |
| Varices en miembros inferiores | 2 | 16.6 |
| Obesa | 1 | 8.3 |
| Madre inconsciente | 1 | 8.3 |
| Tacto Vaginal: | | |
| - Cuello uterino blando | 1 | 8.3 |
| - Cuello uterino duro | 1 | 8.3 |
| - Líquido amniótico amarillento espeso y fétido | 1 | 8.3 |
| - Líquido amniótico hemorrágico | 2 | 16.6 |

CUADRO No.10

EXAMENES EFECTUADOS

| | No. de casos | % |
|----------------------------------|--------------|------|
| Ultrasonograma | 3 | 25.0 |
| Rayos X de Abdomen | 1 | 8.3 |
| VDRL | 6 | 50.0 |
| HB y HT | 4 | 33.3 |
| FIBRINOGENO | 7 | 58.3 |
| Orina | 3 | 25.0 |
| Dosificación de Glucosa | 7 | 58.3 |
| Tiempo de Portrombina | 3 | 25.0 |
| Nitrogeno de Urea | 4 | 33.3 |
| Hematología completa | 3 | 25.0 |
| Coprocultivo | 1 | 8.3 |
| Heces | 3 | 25.0 |
| Widal | 2 | 16.6 |
| Tiempo de Tromboplastina | 1 | 8.3 |
| Tiempo de Coagulación | 1 | 8.3 |
| Creatinina | 3 | 25.0 |
| Bilirrubinas | 1 | 8.3 |
| Grupo y Factor Rh | 2 | 16.6 |
| Tests de Coombs | 1 | 8.3 |
| Papeletas sin ningun laboratorio | 4 | 33.3 |

Los resultados de ultrasonograma, en 2 casos sí se corroboraron y en el otro caso, no hubo correlación con los hallazgos en el feto. Además, como vemos en el presente cuadro, debió de hacerse Rh, VDRL, glicemia y fibrinógeno en todos los casos.

CUADRO No. 11

METODO QUE SE SIGUIO EN LAS EMBARAZADAS CON OBITO FETAL

| | No. | % |
|--------------------------|-----|------|
| Parto Espontáneo | 4 | 33.3 |
| Inducción: | | |
| --Amniotomía sola | 4 | 33.3 |
| --Oxitocina sola | 3 | 25.0 |
| --Amniotomía y oxitocina | 1 | 8.3 |
| Histerotomía | 1 | 8.3 |
| Laparatomía Exploradora | 2 | 16.6 |

De las laparatomías exploradas, en un caso se encontró embarazo ectópico ovárico izquierdo, efectuándose SALPINGOOFORECTOMIA IZQUIERDA más LIBERACION DE ADHERENCIAS. En el otro caso, se halló embarazo ectópico abdominal, efectuándose LIBERACION DE ADHERENCIAS, HISTERECTOMIA ABDOMINAL TOTAL (por fibromatosis uterina), ANEXECTOMIA DERECHA Y RESECCION DE EMBARAZO ECTOPICO ABDOMINAL A TERMINO.

CUADRO No. 12
CAUSAS DEL OBITO FETAL

| | No. | % |
|--|-----|------|
| Lues Latente | 1 | 8.3 |
| Hipertensión Arterial Crónica | 1 | 8.3 |
| Síndrome de Cushing | 1 | 8.3 |
| Diabetes Mellitus | 1 | 8.3 |
| Embarazo Ectopico: | | |
| --Embarazo ectópico abd. | 1 | 8.3 |
| --Embarazo ectópico ová- rico izquierdo | 1 | 8.3 |
| Un circular en el cordón umbilical | 1 | 8.3 |
| Anemia Severa y Amebiasis Intestinal | 1 | 8.3 |
| Polihidramnios | 1 | 8.3 |
| No determinada | 4 | 33.3 |

Como puede observarse en el presente cuadro, que en la mayoría de los casos sí se estableció la etiología. Mientras - que un 33.3% de los casos no se estableció la etiología del OBITO FETAL.

CUADRO No. 13
ANTECEDENTES MEDICOS DE LA MADRE GESTANTE

| | No. | % |
|--|-----|------|
| Cuadro B.N.M. durante el embarazo | 1 | 8.3 |
| Cefalea 52 días antes del parto | 1 | 8.3 |
| Preecláptica en un embarazo anterior | 2 | 16.6 |
| DPPNI en un parto anterior | 1 | 8.3 |
| Amebiasis 3 meses antes del parto | 1 | 8.3 |
| Hipertensión arterial de 6 años de Evoluc. | 1 | 8.3 |
| Diabetes Mellitus de 4 años de evolución | 1 | 8.3 |

En este cuadro se confirma de nuevo que madres que han sido preeclápticas, influye como factor del OBITO FETAL.

CUADRO No. 14
ANTECEDENTES QUIRURGICOS

| | No. | % |
|--|-----|------|
| Legrado uterino instrumental por Ab.incompleto | 1 | 16.6 |
| Apendicectomía 2 meses antes del parto | 1 | 8.3 |
| Suprarrenalectomía total derecha y parcial izquierda, 1 año antes del parto | 1 | 8.3 |
| 2 C.S.T. anteriores | 1 | 8.3 |

La incidencia de Obito Fetal continúa con mayor porcentaje en madres que han perdido el producto en embarazos anteriores.

CUADRO No. 15
ANTECEDENTES OBSTETRICOS

| | No. | % |
|-----------------------------|-----|------|
| Madres sin control prenatal | 7 | 58.3 |
| Madres con control prenatal | 5 | 41.6 |
| Primigestas | 1 | 8.3 |
| Secundigestas | 2 | 16.6 |
| Gestas 3 a Gestas 5 | 3 | 25.0 |
| Gestas 6 a más | 6 | 50.0 |

La incidencia de óbito fetal sigue siendo alta en madres sin control prenatal. También se demuestra que juega un papel importante la paridad, ya que el 50% se registró en madres gran multíparas.

CUADRO No. 16
CARACTERISTICAS DEL FETO

| | No. | % |
|-----------------------------|-----|------|
| MACERADO | 10 | 83.3 |
| HUESOS CRANEALES DESTRUIDOS | 1 | 8.3 |
| No se describe | 2 | 16.6 |

Como se observa en este cuadro, se encuentran dos características del feto, hallándose en un 83.3% feto macerado y en un 8.3% huesos craneales destruidos.

CUADRO No. 17
CARACTERISTICAS DE LA PLACENTA

| | No. | % |
|--|-----|-------|
| Placenta con tamaño de 16 x 18 cms. | 1 | 8.3 |
| Placenta con tamaño de 15 x 15 cms. | 1 | 8.3 |
| Placenta con tamaño de 15 x 20 cms. | 4 | 33.3 |
| Placenta con tamaño de 15 x 12 cms. | 2 | 16.6 |
| Placenta con tamaño de 14 x 14 cms. | 1 | 8.3 |
| Placenta con tamaño de 12 x 10 cms. | 1 | 8.3 |
| Placenta sin referencia de tamaño | 2 | 16.6 |
| Placenta infartada | 5 | 41.66 |
| Placenta con signos de descomposición | 1 | 8.3 |
| Placenta con múltiples equimosis | 1 | 8.3 |
| Placenta vieja con puntos necróticos | 2 | 16.6 |
| Cordón umbilical delgado | 1 | 8.3 |
| Cordón umbilical con circulares | 1 | 8.3 |
| Cordón umbilical con inserción excéntrica | 7 | 58.3 |
| Cordón umbilical con inserción céntrica | 3 | 25.0 |
| Cordón umbilical con inserción no referida | 2 | 16.6 |
| Cordón umbilical de 45 cms. de longitud | 1 | 8.3 |
| Cordón umbilical de 50 cms. de longitud | 3 | 25.0 |
| Cordón umbilical de 30 cms. de longitud | 1 | 8.3 |
| Cordón umbilical de 42 cms. de longitud | 2 | 16.6 |
| Cordón umbilical de 40 cms. de longitud | 3 | 25.0 |
| Cordón umbilical de 15 cms. de longitud | 1 | 8.3 |
| Cordón umbilical de 35 cms. de longitud | 1 | 8.3 |

Según nos indica el cuadro, los hallazgos más frecuentes son: Cordón umbilical con inserción excéntrica 58.3%, Placenta con tamaño de 15 x 20 cms., Placenta infartada 41.6%, Cordón umbilical de 40 cms. de longitud, Cordón umbilical de 50 cms de longitud 25.0% y cordón umbilical con inserción céntrica 25.0%.

CUADRO No. 18
COMPLICACIONES EN LAS MADRES PORTADORAS DE OBITO FETAL

| | No. | % |
|--------------------|-----|-----|
| INFECCION | 1 | 8.3 |
| HIPOFIBRINOGENEMIA | 1 | 8.3 |

Como se vé la hipofibrinogenemia constituyó el 8.3 % de las complicaciones, en este caso, la paciente ingresó al hospital por desvanecimiento de 2 hrs. de evolución y pérdida de conocimiento por cinco minutos, con ausencia de movimientos fetales de 2 meses de evolución y hemorragia vaginal moderada o cura espontánea. Paciente ingresó en mal estado general, inconsciente y pálida. Se le efectuaron exámenes de laboratorio: Hb 8 grs. Ht. 27%, Tiempo de Protrombina 14", Glicemia 102 mgs, N. de U. 18 mgs %, Creatinina 1.3 mg %, Fibrinógeno 174% y Bilirrubinas Total 1.2, Indirectas 0.4 y Directas 0.8%. Se trató a la paciente con una transfusión sanguínea e inducción con oxitocina, obteniendo la expulsión del feto a los 10 minutos. Paciente evolucionó satisfactoriamente.

CUADRO No. 19
MORTALIDAD MATERNA

| | No. | % |
|----------------------|--------|-----|
| Nacimientos año 1978 | 14,808 | 100 |
| Mortalidad materna | 0 | 0 |

Se demuestra en este cuadro, que durante el año de 1978 hubo una mortalidad materna de 0% de 14,808 nacimientos.

X.- CONCLUSIONES

- 1.- La incidencia de OBITO FETAL, es alta en madres sin control prenatal.
- 2.- En el 66.6% de todos los casos, se estableció la etiología de óbito fetal.
- 3.- En el 33.3% el trabajo de parto tuvo una duración de 6-12 horas. En el 66.6% de los casos se resolvió por PARTO EUTOCICO.
- 4.- De las presentaciones el 50% fué pelviana.
- 5.- Los síntomas y hallazgos más importantes fueron: ausencia de movimientos fetales, flujo sanguinolento, aumento de volumen del abdomen, no delimitación de partes fetales, foco fetal ausente y líquido amniótico hemorrágico.
- 6.- Las causas fueron: lués latente 8.3%, Síndrome de Cushing 8.3%, Diabetes mellitus 8.3%, polihidramnios 8.3% Circular en el cordón umbilical 8.3%, Anemia Severa y Amebiasis Intestinal 8.3%, Hipertensión arterial crónica 8.3% y causa no determinada 33.3%.
- 7.- De todos los antecedentes los más frecuentes son: pre-eclampsia, C.S.T. anterior, Suprarrenalectomía, legrado uterino instrumental y apendicectomía.
- 8.- La mortalidad materna fué de 0%.

X. - CONCLUSIONES

- 9.- La incidencia de OBITO FETAL es directamente proporcional con la paridad, ya que el 50% se registró en gran multíparas.
- 10.- Las complicaciones frecuentes fueron: Infección 8.3% e hipofibrinogenemia 8.3%.
- 11.- El 33.3% de las papeletas no tiene ningún examen de laboratorio.
- 12.- Durante el año de 1978, hubo una incidencia de OBITO FETAL en el Hospital Roosevelt de 0.08% entre 14,808 nacimientos.

XI. RECOMENDACIONES

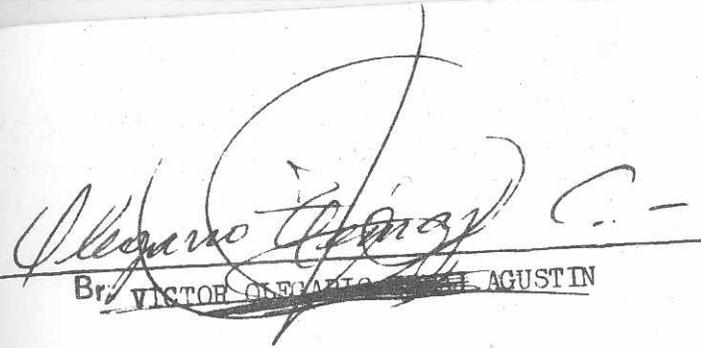
- 1.- Todo paciente con sospecha de obito fetal, debe de efectuarse una historia clínica completa. Además, efectuar todos los exámenes de laboratorio correspondientes.
- 2.- Se recomienda a las bibliotecas especializadas, se intensen en adquirir más bibliografía médica que contenga información científica actualizada.
- 3.- Establecer un protocolo para el manejo de madres portadoras de OBITO FETAL.
- 4.- Describir todos los hallazgos del feto y los anexos.
- 5.- Sugerir al Hospital, gestionar la obtención de un aparato de ULTRASONOGRAMA y sus respectivos técnicos.
- 6.- Incrementar las coberturas en el programa de CONTROL PRENATAL.

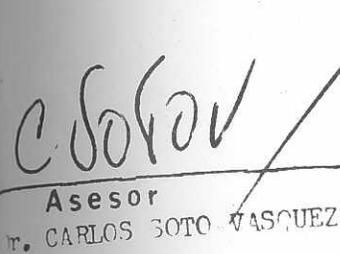
XII.- BIBLIOGRAFIA

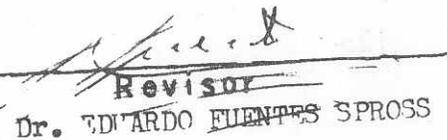
- 1.- Morguest Bernat, Jaime. CLINICA OBSTETRICA. 8a. Edición. Editorial El Ateneo 1960. Pag. 250-256.
- 2.- Frda, V. J. Rh PROBLEM IN OBSTETRICS AND A NEW CONCEPT OF ITS MANAGEMENT USING AMNIOCENTESIS AND SPECTROFOTOMETRIC SCANNING-OF AMNIOTIC FLUID. Am. J. Ogs. Gyn. 92. Pag. 341-1965.
- 3.- Prensa Médica Mexicana. Sepbre-October 1967.
- 4.- Revista de la Federación Centroamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología. Vol XI. No. 4 Oct. Nov. Dic. 1971.
- 5.- Briggs, W. B. INDUCTION OF LABOUR WITH HYPERTONIC GLUCOSE. Brit. Medd, 1-701, 1964.
- 6.- Espinosa, V. M.; Villacorta, A.; Alisedo, A.E. y Muñoz, B.C. PADECIMIENTOS HEMATOLOGICOS Y EMBAZAZO. Ginec. Obstet. Mex., 38:39. 1971.
- 7.- Anuario de Actualización de Medicina No. 25 I.M.S.S. Volumen 12, México 1977.
- 8.- Passmore, R.; Robson, J. S. TRATADO DE ENSEÑANZA INTEGRADA DE LA MEDICINA. Volumen No. 3, 2da.- parte. Editorial Científico-Médica, 1976. Pag. 669.
- 9.- Hernández Ruano, M. E. DIAGNOSTICO IN UTERO --

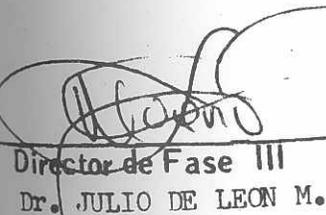
POR MEDIO DE LA FETO OLEOGRAFIA COMBINADA. Tesis de Graduación. Médico y Cirujano. Universidad de San Carlos de Guatemala, Julio 1978.

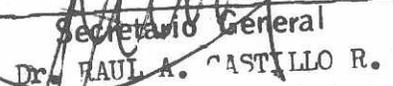
- 10.- Monterroso Morales, J. H. COMPLICACIONES FRECUENTES EN PACIENTES EMBARAZADAS MANIPULADAS POR COMADRONA (a nivel departamental) Tesis de Graduación. Médico y Cirujano. Universidad de San Carlos de Guatemala.
- 11.- Perea, M. L. RETENCION DE FETO MUERTO. Compendio clínico-Obstétrico. Pag. 389.
- 12.- Schwarcz Ricardo; Sala, Silvestre; Duverges, Carlos. - OBSTETRICIA. 4a. Edición. Editorial El Ateneo 1973.- Pag. 676-680.
- 13.- Williams. OBSTETRICIA. 1ra. Edición Salvat Editores, S. A. 1973.


Br. VICTOR OBREGÓN DE LA CRUZ AGUSTIN

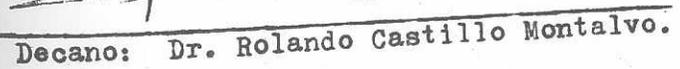

Asesor
Dr. CARLOS BOTO VASQUEZ


Revisor
Dr. EDUARDO FUENTES SPROSS


Director de Fase III
Dr. JULIO DE LEÓN M.


Secretario General
Dr. RAUL A. CASTILLO R.

Vo.Bo.


Decano: Dr. Rolando Castillo Montalvo.