

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"ESTUDIO RETROSPECTIVO SOBRE OBITOS FETALES"

Estudio efectuado en el Departamento de Maternidad
del Hospital General de Occidente

LEONEL ANTONIO OROZCO VELASQUEZ

GUATEMALA, JULIO DE 1980

PLAN DE TESIS

- 1.- Introducción
- 2.- Definición del Problema
- 3.- Justificación
- 4.- Material y Métodos
- 5.- Hipótesis
- 6.- Definición de Obito Fetal
 - Etiología
 - Evolución anatómica del feto muerto
 - Examen Clínico
 - Evolución
 - Diagnóstico
 - Complicaciones
 - Tratamiento
 - Tx. preventivo de la muerte habitual fetal
- 7.- Presentación de Resultados
- 8.- Análisis de Resultados
- 9.- Conclusiones
- 10.- Recomendaciones
- 11.- Bibliografía

INTRODUCCION

El Obito Fetal es un problema de amplia importancia - dentro del campo ginecoobstétrico. En Guatemala pocos son los trabajos o estudios que se han realizado sobre el tema; y en particular, en la provincia, donde en nuestros hospitales se carece de muchos recursos, desconociéndose por lo tanto la incidencia real de este problema a nivel departamental.

El presente trabajo de Tesis pretende hacer un análisis de los casos de Obito Fetal que se presentaron en el período comprendido entre 1978 y 1979 en el Depto. de Maternidad del Hospital General de Occidente, así como también hacer una revisión bibliográfica con la que en la actualidad se cuenta, enfocando la etiología, definición, evolución anatómica, diagnóstico, complicaciones, tratamiento y tratamiento preventivo de la muerte habitual del feto.

En el Hospital General de Occidente hasta la fecha, no se ha realizado un estudio de este tipo. Además no existe en el mismo una guía para el manejo de madres portadoras de Obito Fetal, por lo que con el presente estudio se pretende mostrar los Lineamientos a seguir en el Manejo, Tratamiento y Prevención de complicaciones (en la madre), en base a lo que la Literatura actual nos proporciona sobre este problema.

DEFINICION DEL PROBLEMA

El problema consiste en detectar los casos diagnosticados con Obito Fetal en el Departamento de Maternidad del Hospital General de Occidente en los años 1978-1979, enumerar la etiología, sintomatología, edad de la madre, procedencia, raza, si tuvo o no control prenatal, edad gestacional por UR y AU, antecedentes, el tipo de parto, sexo de los fetos, hallazgos al examen físico, la duración del trabajo de parto, características del feto, cordón y placenta, complicaciones maternas, mortalidad materna, y estudios de laboratorio efectuados, es decir, todo el proceso de diagnóstico y tratamiento.

JUSTIFICACION DEL PROBLEMA

Se justifica el presente trabajo, por cuanto en el Hospital General de Occidente no se ha efectuado un estudio de esta naturaleza, desconociéndose por lo tanto la incidencia de Obitos Fetales a nivel de Hospitales Departamentales, en particular, el de Occidente. Además, se justifica, por cuanto en él se propone dar a conocer en qué forma se manejan estos casos en el Departamento de Maternidad del Hospital General de Quetzaltenango.

MATERIAL Y METODOS:

M A T E R I A L:

RECURSOS HUMANOS:

- Personal de Archivo del Hospital General de Occidente.
- Asesor y Revisor.

RECURSOS MATERIALES:

- Archivo General del Hospital General de Occidente.
- Textos y material bibliográfico
- Equipo de Escritorio (máquina de escribir, lápices, borradores, etc.)
- Expedientes clínicos de madres portadoras de Obitos Fetales.
- Hoja de recopilación de datos.

M E T O D O S:

Se utilizará el método científico.

- Localización de los registros clínicos de pacientes (madres) portadoras de Obitos Fetales en el período a estudiar.
- Revisión de los mismos y recabación de datos.
- Tabulación de datos, análisis e interpretación de los mismos.

HIPOTESIS

- 1.- En los casos de Obitos Fetales en el Hospital General de Occidente, no se logra establecer la etiología de los mismos.
- 2.- Los casos de Obitos Fetales son más frecuentes en pacientes sin control prenatal.
- 3.- Los Obitos Fetales son exclusividad de las grandes multiparas.

OBITO FETAL:

Se define como Obito Fetal, la muerte intrauterina del feto después de la 28a. semana de gestación con la retención subsiguiente del mismo por una o más semanas.

ETIOLOGIA:

a.- CAUSAS MATERNAS:

a-1 Las Gestosis: Actúan dando lugar a hematomas retroplacentarios o produciendo senectud placentaria precoz, esclerosis, infartos o desencadenando desequilibrios endócrinos.

a-2 Las Afecciones que complican el embarazo, tales como la diabetes, las cardiopatías (especialmente la taquicardia paroxística), las enfermedades infecciosas por las toxinas y la hipertermia que producen; las enfermedades parasitarias, como el paludismo, toxoplasmosis y sífilis.

a-3 Las intoxicaciones profesionales (mercurio, plomo, benzol) o accidentales (óxido de carbono).

a-4 Trastornos hormonales (Del Tiroides, suprarrenales e hipófisis).

a-5 La isoinmunización por factor Rh, en la que las aglutininas maternas originan la muerte fetal.

a-6 Los traumatismos materno-fetales directos o indirectos.

b.- Causas fetales: entre otras, las agenesias y malformaciones incompatibles con la vida aún intrauterina, cuando alcanzan un cierto grado (anencefalia, hidrocefalia, malformaciones cardiovasculares, etc.).

c.- CAUSAS OVULARES:

c-1 Entre éstas se reconocen las alteraciones de la caduca; la endometritis de origen puerperal, colibacilar o gonocócica pueden engendrar desprendimientos, infartos o hematomas retroplacentarios.

c-2 Los embarazos gemelares univitelinos, en los que el feto transfundido, hidrópico, puede sucumbir y luego su cuerpo ser progresivamente comprimido por el desarrollo de su hermano vivo.

c-3 Las anomalías funiculares (circulares, nudos y la torsión obliterante y hasta la rotura de los vasos del cordón).

c-4 La insuficiencia placentaria de diversos orígenes.

c-5 Causas Germinales, como las malformaciones congénitas del espermatozoide (teratología).

d.- CAUSAS INDETERMINADAS:

La Etiología no puede precisarse ni por clínica ni por laboratorio en un 25%. A veces la muerte se repite en cada embarazo en la misma época; es la llamada muerte habitual. En todos estos casos se habla de gérmenes letales o de trastornos hormonales.

EVOLUCION ANATOMICA DEL FETO MUERTO

Cuando el embarazo se detiene en las primeras 8 semanas, el embrión se disuelve y licúa, dando lugar al llamado-huevo claro.

De la 13 a la 21a. semana, por ser el feto más consistente, se momifica; particularmente cuando un gemelo muere alrededor de la 21 semana se momifica y aplasta, semejando un perfil humano recortado en un trozo de papel (feto papi-ráceo o compreso). En la cara fetal de la placenta asoman pequeñas nudosidades oscuras (hematoma subcorial 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 flictenas que se rompen, dejando salir un líquido serosanguinolento (Primer 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: 2o. 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 infiltran y decoloran y los glóbulos rojos se destruyen. La placenta se aplasta y se atrofia o por el contrario se edematiza. El cordón está fumefacto 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 (tercer grado de maceración). El grado de maceración permite aproximadamente, según las lesiones existentes, fijar los días transcurridos desde la muerte fetal.

EXAMEN CLINICO:

1o.- 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 gestósicos se atenúan o desaparecen (náuseas, albuminuria, vómitos, disminución de la turgencia de los senos, pigmentaciones que desaparecen, várices que se aplastan, secreción láctea en los senos o calostrál).

2o.- SIGNOS LOCALES:

Frecuentemente existen pequeñas pérdidas sanguíneas oscuras. 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 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 más acentuados debido a la reabsorción del líquido amniótico (signo de Boero).

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.

EVOLUCION:

Si la causa que determina la muerte fetal es violenta (un traumatismo), el útero entra en trabajo y la expulsión prematura del feto muerto es igual a la del feto vivo.

Cuando la causa obra lentamente, la muerte fetal no desencadena de inmediato el trabajo de parto y el feto es 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, producidos por gérmenes anaerobios. Es el cuadro de la putrefacción fetal, que puede generar en la madre una septicemia mortal por embolias sépticas o gaseosas.

DIAGNOSTICO:

Se hace básicamente sobre los signos clínicos ya mencionados anteriormente ayudados por una serie de comprobaciones tanto radiológicas, como de laboratorio.

Los signos radiológicos aparecen recién hacia los 8 días, siendo los principales: la palidez esquelética, la escasa nitidez ósea (hasta la ausencia de sombra esquelética en el proceso avanzado), la aureola pericraneana, el cabalgamiento de los huesos del cráneo, en especial de los parietales (signo de Spalding), la caída del maxilar inferior (boca abierta), distintas distorsiones acentuadas de la columna, presencia de aire en el útero, etc.

El Estriol Urinario: cuando su concentración es menos de 1 mg en el 3er. trimestre es patognomónico de muerte fetal, a menos que coexistan anomalías congénitas, tales como anencefalia o hipoplasia de la corteza suprarrenal.

Al examen colpocitológico se observa que desaparecen de los extendidos los índices de preparación progestacional con inusitado aumento de las curvas acidófila y cariopícnótica.

La presencia de Hemoglobina en el líquido amniótico obtenido por punción uterina transabdominal es un signo que colabora en el diagnóstico de muerte fetal.

La Amnioscopia: es un método sencillo y eficaz para confirmar el diagnóstico de la muerte intrauterina del feto. En los casos de muerte fetal de varios días de evolución, puede observarse a través de la membrana un líquido amniótico de color carne; además el reblandecimiento del cráneo fetal se comprueba cuando resulta posible deprimiendo la punta del amnioscopio sobre la cabeza. Por otra parte, la piel del feto se observa de un color azulado, en contraposición con lo rosado de un feto vivo y sano.

ETIOLOGIA:

Es necesario determinar la causa de la muerte fetal en interés de la madre y también de los embarazos ulteriores.

Si la expulsión del feto no se ha realizado, se investigará:

a- Los antecedentes médicos y obstétricos de la madre (nefropatías, sífilis, incompatibilidad sanguínea fetomaterna, etc.).

b- Investigando clínicamente las secuelas retinianas de una ne

fropatía antigua o reciente, los edemas, los valores de tensión arterial, la presencia de glucosa o albúmina en la orina;

c- Dedicando el laboratorio, con todos sus elementos a pesquisar la sífilis, la toxoplasmosis, la diabetes y prediabetes y la isoimmunización por los grupos sanguíneos.

Una vez que el feto muerto ha sido expulsado, a los datos anteriores se agregarán los proporcionados por la necropsia del mismo y sus anexos. En el feto se podrán encontrar malformaciones congénitas hemorragias meningeas o particularmente en el hígado y las suprarrenales, obstrucción broncoalveolar, neumonías, síndrome de la membrana hialina, focos de hematopoyesis en la eritroblastosis, etc. En los anexos, hematomas, infartos, esclerosis, etc. de la placenta; y en el cordón anomalías funiculares, nudos, circulares apretados que a veces explican la muerte. Se debe investigar el treponema en la vena del cordón y en frotis del hígado y el bazo.

COMPLICACIONES:

La putrefacción fetal es hoy poco frecuente.

La hipofibrinogenemia y hemorragias secundarias ocurren generalmente después de tres semanas de retención de un feto muerto y se presentan después de la expulsión del mismo en forma de una hemorragia incoagulable que cede únicamente con la administración de fibrinógeno o con histerectomía. La presencia de hematurias, equimosis, antes de la expulsión, debe llevar a investigar la fibrinólisis.

TRATAMIENTO:

1- Vigilancia expectante: durante los primeros quince días de retención, siempre que el huevo esté íntegro. Esto se basa en que en ese plazo se produce la expulsión espontánea (80% de los casos).

2- Transcurrido ese tiempo o de inmediato, si la bolsa está rota, no se debe esperar mucho, ya que las modificaciones involutivas del músculo uterino disminuyen mucho su irritabilidad y contractilidad y el cuello pierde su estructura elástica grávida, poniéndose rígido y poco apto para el borramiento y dilatación. Por otra parte, la hipofibrinogenemia puede aparecer, considerándose niveles críticos de 100 mg % para abajo, haciéndose necesaria la pronta evacuación uterina. (niveles normales de fibrinógeno: 400 mg%).

Para provocar la expulsión, se sensibilizará el útero con estrógenos y se emplearán los métodos comunes de inducción. Se recomienda la administración de ocitocina por goteo endovenoso.

Otro procedimiento que puede utilizarse es el Método de ABUREL; consiste en inyectar 80 cc de suero clorurado hipertónico a saturación en la cavidad ovular y por vía transabdominal, utilizando una aguja larga de punción raquídea. Experimentos en el laboratorio, concluyen que la inyección intraovular de estas sustancias actúan como una terapia sustituta hormonal, rompiendo el equilibrio osmótico del amnios. Dichos estudios también mencionan los cambios de presiones intra-amnióticas de 2-4 mm de Hg en las primeras 3 horas después de la punción; estos cambios son ascensionales a medida que pasan las horas y se necesita de 16 a 22 horas para llegar a presiones de 30 mm de Hg por promedio que es cuando

se inician las modificaciones del útero.

Toda vez que aparecen signos de infección amniótica o cuando el huevo está abierto por rotura de las membranas, se impone la evacuación rápida del útero. Para ello en los casos que llegan a la putrefacción fetal existen dos grandes obstáculos: la rigidez del cuello y el enorme volumen del feto distendido por los gases. En dicho caso la histerectomía total seguida de avenamiento y con la ayuda de antibióticos peritoneales y por vía parenteral es el único procedimiento que puede proporcionar éxito.

TRATAMIENTO PREVENTIVO DE LA MUERTE HABITUAL DEL FETO

A toda madre que sea portadora, o tenga antecedente - de Obito Fetal debe investigársele:

- a- Lúes
- b- Diabetes
- c- Gestosis (eclampsia-preeclampsia)
- d- Eritroblastosis (Rh)
- e- Hipoplasia genital
- f- Malformaciones uterinas
- g- Estudios del espermatozoide (en el cónyuge) y un coriograma.

PRESENTACION DE RESULTADOS

CUADRO A
DISTRIBUCION POR AÑOS

Año	casos totales	%
1978	46	51.68
1979	43	48.31

CUADRO B
EDAD DE LAS MADRES

Edad en años	No.	%
16 - 20	17	16.10
21 - 25	29	32.58
26 - 30	19	21.34
31 - 35	17	19.10
36 - 40	3	3.37
41 - +	3	3.37
Sin Edad en Historia	1	1.12
T O T A L E S:	89	99.98

NOTA: Mayor edad: 47 años, Menor edad: 16 años.

CUADRO C

PROCEDENCIA

	No.	%
Area Rural	39	43.82
Area Urbana	35	39.32
Otros	15	16.85
Totales:	89	99.99

NOTA: Otros incluye los Departamentos de Totonicapán con 14 casos y El Petén con 1 caso.

CUADRO D

GRUPO ETNICO

RAZA	No.	%
Ladina	32	35.95
Indígena	57	64.04
Total:	89	99.99

CUADRO E

EDAD EMBARAZO POR UR. Y AU.

U.R.			A.U.		
Semanas	No.	%	Semanas	No.	%
27 - 30	2	3.50	27 - 30	4	6.34
31 - 35	12	21.05	31 - 35	19	30.15
36 - 40	34	59.64	36 - 40	29	46.03
41 - +	9	15.78	41 - +	11	17.46
Total:	57	64.04	Total:	63	70.76
No anotados:	32	35.95	Sin Anot.	26	29.21
	89	99.99		89	99.99

NOTA: No anotados equivale a los casos en los cuales no se encontró anotado la edad del embarazo.

CUADRO F

ANTECEDENTES MEDICOS QUIRURGICOS Y TRAUMATICOS

MEDICOS		QUIRURGICOS		TRAUMATICOS	
No.	%	No.	%	No.	%
Con Ant.	10 11.23	Con Ant:	7 7.86	Con:	2 2.24
Sin Ant.	50 56.17	Sin Ant:	51 57.30	Sin:	87 97.75
No Anot.	29 32.58	Sin Anot.	31 34.83		
Totales:	89 99.98		89 99.99		89 99.99

NOTA: Entre los antecedentes médicos encontrados cuentan: Hepatitis, Enfermedad Péptica, Dermatitis, Eclampsia, Bartolinitis, Preeclampsia, Otitis Media, Diabetes Mellitus.

Los antecedentes quirúrgicos correspondieron a cesáreas anteriores, apendicectomías y amigdalectomías. Finalmente los antecedentes traumáticos presentados por 2 pacientes, corresponden a una caída sufrida con prolapso de Miembro Superior secundario y a golpes recibidos por otra paciente por el esposo ebrio, con la ausencia posterior de movimientos fetales.

CUADRO G
ANTECEDENTES OBSTETRICOS

PRIMIGESTAS	24	26,96%
Múltiparas (+ de 2 partos)	64	71,91
Sin anotar	1	1,12
Abortos	15	16,85
Obito Fetal antes	4	4,49

NOTA: El único caso en el que no se encontró anotado el Número de Gestas correspondió a una paciente que ingresó inconsciente, convulsionando.

CUADRO H

SINTOMATOLOGIA REFERIDA

		%
1-	Dolores de Parto	28 31,46
2-	Ausencia de Movimientos	16 17,97
3-	Ausencia de Movimientos y Fiebre	1 1,12
4-	Dolores de Parto y ausencia de Movimientos	11 12,35
5-	Salida de líquido por vagina	7 7,86
6-	Hemorragia Vaginal y Dolores de Parto	7 7,86
7-	Dolores de Parto y Procidencia de cordón	5 5,61
8-	Procidencia de Cordón y Prolapso de Miembro Superior	5 5,61
9-	Dolores de Parto y Prolapso de Miembro Superior	17 19,10
10-	Dolor abdominal y T/A elevada	1 1,12

CUADRO I

HALLAZGOS DEL EXAMEN FISICO

1.- No se auscultó foco fetal	80	89.88%
2.- Período de Expulsión	6	6.74
3.- Placenta Previa	7	7.86
4.- Retención de 2o. gemelo	1	1.12
5.- Amenaza de Parto Prematuro	3	3.37

NOTA: Las 3 pacientes que presentaban trabajo de parto prematuro al ingreso se les paró el mismo con Alupent IV (goteo continuo), y sí se les escuchó foco fetal. Posteriormente, el foco fetal ya no se auscultó. En 9 expedientes clínicos no se encontró anotado la frecuencia cardíaca fetal.

CUADRO J

TIPO DE PARTO

1.- Partos eutóxicos simples	49	55.05%
2.- Partos Distóxicos simples	38	42.69
2a. -Cesáreas	31	81.57
2b. -Forceps	3	7.89
2c. -Manobra de Rojas	2	5.26
2d. -Versión Interna y Gran extracción pelviana	2	5.26
3.- Laparotomías exploradoras	2	2.24

CUADRO K

DURACION DEL TRABAJO DE PARTO

HORAS	No.	%
1 - 3	7	12.50
4 - 8	18	32.14
9 - 15	15	26.78
16 - +	5	8.92
Sin anotar	11	19.64
T o t a l:	56	99.98

CUADRO L

TIPO DE PRESENTACION

	No.	%
Cefálica	40	44.94
De cara	1	1.12
Sacra	14	15.73
Transversas	25	28.08
Sin anotar	9	10.11
T o t a l e s:	89	99.98

CUADRO M

CONDICIONES DEL FETO AL NACER Y ANEXOS

	No.	%
Feto Muerto	89	100.00
Feto con Maceración	30	33.70
Feto fétido	8	8.98
Feto con cirulares al cuello.....	7	7.86

CUADRO N
SEXO DE LOS FETOS

Sexo	No.	%
Masculinos	30	33.70
Femeninos	43	48.31
Indefinido	1	1.12
No Anotado	15	16.85
T o t a l:	89	99.98

NOTA: Se encontró un caso en el que el Rn. presentaba agenesia genital, que corresponde en el cuadro anterior al indefinido.

CUADRO Ñ
ANOMALIAS CONGENITAS FETALES VISIBLES

	No.	%
Con anomalías congénitas	16	17.97
Sin Anomalías "	73	82.02
Anencefalia	11	68.75
Hidrocefalia	6	37.50
Características mongólicas	1	6.25
Mielomeningocele	2	12.50
Espina bífida	1	6.25
Pie equino varus	1	6.25
Agenesia genital	1	6.25

NOTA: Algunos fetos presentaron más de 2 anomalías congénitas.

CUADRO O
PESO DE LOS FETOS

PESO (Lbs.)	No.	%
1 - 3	8	8.98
4 - 6	20	22.47
7 - +	11	12.35
Sin Anotar	50	56.17
Totales:	89	99.97

NOTA: Menor peso: 1 libra con 8 onzas; Mayor peso: 12 Libras (hijo de madre diabética).

CUADRO P
ANOMALIAS DE ANEXOS

Placenta y cordón normales	57	64.04
Placenta con calcificaciones	4	4.49
Placenta con infartos	7	7.86
Líquido amniótico fétido	18	20.22
Cordón anómalo	7	7.86
Sin mayores datos en registro clínico	21	23.59

CUADRO Q

COMPLICACIONES MATERNAS

Con complicaciones	22	24.71
Sin complicaciones	67	75.28
T o t a l:	89	99.99

NOTA: Las complicaciones maternas fueron las siguientes: infección de herida operatoria, endometritis, eclampsia, Bronquitis, bronconeumonía, shock hipovolémico, septicemia, amniotitis, fístula vesico-vaginal, infección urinaria e insuficiencia renal (paciente que fué trasladada a Guatemala para hemodiálisis).

CUADRO R

MORTALIDAD MATERNA

Fallecieron	1	1.12
Egresaron bien	87	97.75
Traslado a Guatemala para hemodiálisis	1	1.12
T o t a l e s:	89	99.99

NOTA: La única paciente que falleció se intentó evacuar el útero mediante operación cesárea. Tenía Historia de fiebre y ausencia de movimientos. Causas probables de muerte:

- 1) Shock Séptico; 2) Embolia séptica; 3) Secundario a anes_{tesia}.

CUADRO S

LABORATORIOS Y GABINETE

Laboratorio	No.	%
Hemoglobina y Hematocrito	59	66.29
Grupo y Rh	32	35.95
Rx. de Abdomen	23	25.84
Orina	24	26.96
V.D.R.L.	16	17.97
Tiempo de Protrombina	2	2.24
Tiempo de Coagulación y S.	3	3.37
Plaquetas	1	1.12
Glicemia	4	4.49
Creatinina y Nit. de Urea	7	7.86
Acido úrico	2	2.24
Bilirrubinas	3	3.37
Sin ningún estudio	30	33.70

NOTA: Algunos registros clínicos contenían como mínimo Hemoglobina y Hematocrito como estudios de laboratorio.

CUADRO T

MANIPULACION PREVIA AL PARTO

Manipuladas por comadrona	23	25.84%
Sin manipulación	66	74.15
T o t a l e s:	89	99.99

INCIDENCIA DE OBITO FETAL

Durante el período estudiado (años 1978-1979) se presentaron 89 casos de Obitos Fetales y un total de nacidos vivos de 3648. Para sacar la incidencia, se divide el número de casos de óbito fetal, entre el total de nacidos vivos y se multiplica por 100. Se consideran cifras normales a las inferiores a 2.5%.

$$\text{Incidencia de Ob. Fetal} = \frac{89}{3648} \times 100 = 2.43$$

Por lo tanto la incidencia de Obitos Fetales en el Hospital General de Occidente en el período estudiado es de 2.4%.

CUADRO U
CONTROL PRENATAL

Con control prenatal	21	23.59
Sin control prenatal	67	75.28
Sin anotar	1	1.12
T o t a l e s :	89	99.99

ANALISIS DE RESULTADOS

CUADRO A: En el mismo se encuentra la distribución de casos por año, correspondiéndole al año 1978 el mayor número de casos, con 46 y un porcentaje de 51.68.

CUADRO B: En él se incluye la edad de las madres portadoras de Obito Fetal. El mayor número (29) se encontró entre las edades de 21 a 25 años con un porcentaje de 32.58. Luego le sigue el grupo comprendido entre las edades de 26-30 años con 19 y un porcentaje de 21.34. El menor número se encontró en el grupo comprendido entre las edades de 41 años en adelante, con 3 casos y un porcentaje de 3.37. Menor edad encontrada fue de 16 años. La mayor edad fue de 47 años.

CUADRO C: Corresponde a la procedencia de las pacientes. Un total de 39, provenían del área rural con un porcentaje de 43.82. Del área urbana procedían 35, con un porcentaje de 39.32. 15 pacientes provenían de otros departamentos (14 de Totonicapán y una de El Petén) haciendo un porcentaje de 16.85.

CUADRO D: Comprende el grupo étnico de las pacientes portadoras de Obito Fetal. 57 pertenecieron a la raza indígena con un porcentaje de 64.04. 32 de raza ladina con un porcentaje de 35.95.

CUADRO E: Comprende la edad del Embarazo tanto por Última Regla como por Altura Uterina. El mayor número se encontró entre las semanas 36-40 con un total de 34 y un porcentaje de 59.64 en lo que a Fecha de Última regla se refiere. Por altura uterina, el mayor número se encontró entre las se-

manas 36-40 con 29 casos para un porcentaje de 46.03. No se encontraron anotadas las edades del Embarazo en 32 registros clínicos (por última regla) y en 26 por altura uterina.

CUADRO F: Nos muestra los antecedentes médicos, quirúrgicos y traumáticos presentados por las pacientes. Así, encontramos que solo 10 pacientes presentaron antecedentes médicos con un porcentaje de 11.23. 7 presentaron antecedentes quirúrgicos con un porcentaje de 7.86 y traumáticos presentaron solamente 2 pacientes. No se encontraron datos anotados al respecto en los registros clínicos en 29 casos (antecedentes médicos) y 31 (en antecedentes quirúrgicos).

CUADRO G: En el mismo se encuentra la proporción entre primigestas y multíparas. El mayor número corresponde a las multíparas con 64 casos y porcentaje de 71.91. Primigestas con 24 casos y porcentaje de 26.96.

Del total de 89, 15 pacientes tenían historia de abortos previos con 16.85 de porcentaje. Finalmente 4 pacientes refirieron haber tenido Obitos Fetales antes.

CUADRO H: Corresponde a la sintomatología referida por las madres. El mayor número corresponde a Dolores de parto con 28 casos y un porcentaje de 31.46. Luego le sigue las que refirieron Dolores de parto con prolapso de Miembro superior con 17 y un porcentaje de 19.10. 16 pacientes refirieron ausencia de movimientos fetales, haciendo un porcentaje de 17.97; una paciente refirió ausencia de movimientos fetales y fiebre. 7 pacientes refirieron hemorragia vaginal y dolores de parto con 7.86 de porcentaje.

CUADRO I: Comprende los hallazgos del examen físico. En 80 pacientes no se auscultó feto fetal (89.88%); en período de expulsión se encontraron 6 casos (6.74%); placenta pre-

via se detectó en 7 pacientes (7.86%); Amenaza de parto Prematuro (3 casos) con 3.37%; retención de 2o. gemelo 1 caso (1.12%).

CUADRO J: Corresponde al tipo de parto. Partos eutócicos simples fueron 49, haciendo un porcentaje de 55.05; partos distócicos simples fueron 38 con 42.69 de porcentaje. Entre los mismos se encontraron 31 cesáreas, 3 partos con forceps, 2 maniobras de Rojas, 2 versiones internas con gran extracción pelviana. Finalmente se efectuaron 2 laparotomías exploradoras por ruptura uterina. (2.24%).

CUADRO K: Comprende la duración del trabajo de parto. 18 pacientes tuvieron una duración del trabajo de parto entre 4 y 8 horas haciendo un 32.14%; 5 pacientes tardaron más de 16 horas en trabajo de parto con un porcentaje de 8.92; no se encontraron anotados estos datos en historia clínica, en 11 casos.

CUADRO L: Incluye el tipo de presentación fetal. 40 fueron cefálicas haciendo el mayor porcentaje con 44.94. Sacras fueron 14 con 15.73%. Transversas fueron 25 con un porcentaje de 28.08; no se encontraron anotados estos datos en 9 casos, haciendo un porcentaje de 10.11.

CUADRO M: Incluye las condiciones fetales al nacer. En 89 registros clínicos se encontró feto muerto haciendo el 100%. 30 fetos presentaron maceración con 33.70%; 8 fetos se encontraron fétidos con 8.98%; 7 fetos presentaron circulares al cuello (desde una hasta nudos verdaderos) con 7.86%.

CUADRO N: Corresponde al sexo de los Fetos. Así tenemos que 43 fueron del sexo femenino haciendo un 48.31%; masculinos fueron 30 con 33.70%; Indefinido hubo un caso con por

centaje de 1.12; No se encontró anotado el sexo del feto en 15 registros clínicos con porcentaje de 16.85.

CUADRO Ñ: Corresponde a anomalías congénitas fetales visibles. 16 fetos presentaron anomalías congénitas haciendo un porcentaje de 17.97; Se encontraron 11 casos de anencefalia (68.75%); 6 casos de Hidrocefalia (37.50%); 1 feto con características mongólicas; Mielomeningocele 2 casos; es pina bifida 1 caso; pie equino varus 1 caso y finalmente un feto que presentó agenesia genital. (sexo indefinido).

CUADRO O: Nos muestra el peso de los fetos. Así tenemos que 20 fetos pesaron entre 4 y 6 libras con 22.47 de porcentaje; 11 fetos pesaron mas de 7 libras con 12.35 de porcentaje; 8 fetos pesaron entre 1 y 3 libras con 8.98%; finalmente no se encontró peso anotado en 50 registros clínicos - haciendo el más alto porcentaje (56.17).
Menor peso: 1 libra y 8 onzas; Mayor peso: 12 libras.

CUADRO P: Corresponde a anomalías encontradas en los anexos. 4 placentas presentaron calcificaciones (4.49%); 7 placentas presentaron infartos (7.86%); en 18 casos se encontró líquido amniótico fétido (20.22%); en 7 se encontraron anomalías en el cordón umbilical (infartos, necrosis, velloso, calcificaciones).
Y finalmente en 21 registros clínicos, no se encontraron datos sobre los anexos.

CUADRO Q: Incluye las complicaciones maternas. 22 pacientes tuvieron complicaciones, con un porcentaje de 24.71. Las complicaciones presentadas, ya fueron enumeradas en el cuadro respectivo.

CUADRO R: En él se encuentra la mortalidad materna. Hu-

bo solamente una defunción con un porcentaje de 1.12. Las causas probables de muerte fueron: shock séptico, embolia, séptica, Por Anestesia.

CUADRO S: Se encuentran en él los laboratorios y gabinete que se les efectuó a las pacientes. Vemos que 59 pacientes solo tenían hemoglobina y hematocrito como únicos laboratorios con un porcentaje de 66.29%. Grupo y Rh 32 con un porcentaje de 35.95; Rayos X de Abdomen le tomaron a 23 pacientes con un porcentaje de 25.84; análisis de orina le efectuaron a 24 pacientes; VDRL le efectuaron a 16 pacientes; Creatinina y Nitrógeno de Urea a 7; bilirrubinas a 3; tiempo de protrombina a 2; tiempo de coagulación y sangría a 3 pacientes; plaquetas a una paciente; glicemia a 4; ácido úrico a 2; a 30 pacientes no se les efectuó ningún estudio tanto de laboratorio como de gabinete.

CUADRO T: Incluye la manipulación previa al parto. 23 pacientes habían sido manipuladas por comadrona, haciendo un porcentaje de 25.84%.

CUADRO U: Incluye el control prenatal de las pacientes. 67 pacientes no tuvieron control prenatal médico, haciendo un porcentaje de 75.28; 21 pacientes tuvieron control prenatal médico, con un porcentaje de 23.59. En una papeleta no se encontró anotado este dato.

CONCLUSIONES

- 1.- Los Obitos fetales predominan más en pacientes multíparas en el presente estudio, aunque no puede decirse que sean exclusividad de las mismas, ya que el grupo de primigestas fué de 26.9% que puede considerarse significativo (71.9% de multíparas), con lo cual se negativiza la tercera hipótesis.
- 2.- El mayor porcentaje de pacientes provinieron del área rural (43.8%).
- 3.- La mayor cantidad de pacientes fueron de raza indígena (64%).
- 4.- A las pacientes portadoras de Obitos Fetales, no se les estudia a profundidad en el Hospital General de Occidente, ya que solo 59 pacientes (66%) solamente se les efectuó exámenes de Hemoglobina y Hematocrito.
- 5.- De los antecedentes, los médicos y traumáticos son más significativos en el presente estudio, ya que se encontró relación directa entre Diabetes Mellitus, eclampsia, preeclampsia y traumatismos recibidos por las pacientes en el curso de su embarazo, y la posterior presentación de Obito Fetal.
- 6.- El 42% de las pacientes refirieron ausencia de movimientos fetales y dolores de parto.
- 7.- Los Obitos fetales son frecuentes en pacientes que no tienen control prenatal. En este estudio, el 75% de pacientes no tuvieron control prenatal, positivizando la

segunda hipótesis.

- 8.- La calidad del registro clínico de las madres portadoras de Obitos Fetales es deficiente, por cuanto no son llenadas convenientemente, adoleciendo de una serie de datos que a la postre resultan siendo muy importantes al realizar cualquier tipo de estudio estadístico o de cualquier otra índole.
- 9.- Es frecuente encontrar anomalías congénitas en los casos de Obitos Fetales. El 17.9% de fetos presentaron anomalías congénitas, de las cuales el 68.7% correspondieron a anencefalia.
- 10.- La etiología de los casos de Obitos Fetales es posible conocerla mediante una historia clínica adecuada y estudios de laboratorio complementarios. En el presente estudio, sí se logró establecer la etiología de los mismos, aunque no en la mayoría de los casos, por lo que se negativiza la primera hipótesis.
- 11.- Puede decirse que la incidencia de Obitos Fetales en el Hospital General de Occidente está en el límite normal alto (2.4%), ya que estadísticamente son aceptables cifras inferiores a 2.5%.

RECOMENDACIONES

- 1.- Que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, incremente sus programas de cobertura en la atención prenatal en los diferentes centros y puestos de Salud, así como a nivel hospitalario, con el fin de detectar posibles problemas en las madres que puedan repercutir en el producto, a sabiendas que la gran mayoría de pacientes en este estudio, no tuvieron control prenatal.
- 2.- Tomando en cuenta que el Hospital General de Occidente cuenta con Depto. de Patología, que se efectúan estudios necrópicos en los Obitos Fetales, con el fin de tener una base más amplia en cuanto a la etiología de los mismos.
- 3.- Que el personal médico y paramédico encargado de llevar los expedientes clínicos de las pacientes, lo haga poniendo la mayor cantidad de datos posibles en la misma, ya que son básicos para cualquier trabajo estadístico que se pretenda efectuar.
- 4.- Que las autoridades de Salud organicen cursos de adiestramiento para Comadronas empíricas a nivel de Puestos y Centros de Salud, ya que hay una estrecha relación entre mala conducción del parto y Obito Fetal.
- 5.- Que el personal Médico estudie más a fondo a este tipo de pacientes, para detectar las posibles causas que condujeron a que presentaran Obitos Fetales. Lo anterior se recomienda en base a que una tercera parte de pacientes estudiadas (30) no tenían ningún examen de

laboratorio, y que 59 ¹¹pacientes tenían solamente exámenes de Hemoglobina y ¹¹ematocrito en sus expedientes clínicos como mínimo.

BIBLIOGRAFIA


- 1.- Vettorazzi Toledo, César Augusto
Evacuación uterina en el aborto frustrado y Obito Fetal
por la inyección intraovular de soluciones salinas hiper-
tónicas.
Trabajo de Tesis. 1967.
- 2.- Temaj Agustín, Victorio Olegorio
Obito Fetal.
Trabajo de Tesis. 1979.
- 3.- Schwarz, Sala, Duverges
Obstetricia.
Tercera Edición. Pags. 676-680.
- 4.- Williams, Hellman, Pritchard
Obstetricia.
4a. Reimpresión. 1976. Pags. 248-249.
- 5.- Perea, M.L.
Retención de Feto Muerto.
Compendio Clínico Obstétrico. Pag. 389.

Br. 
Br. Leonel Antonio Orozco Velásquez.

Dr. 
Asesor.

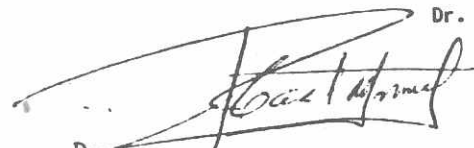
JUN 07 1980
FACULTAD DE MEDICINA
HISTORIA Y CLINICA
CATEDRA DE OBSTETRICIA

Dr. 
Revisor.
Dr. Marco Antonio Chávez.

Dr. 
Director de Fase III
DR. HECTOR NUILA

Dr. 
Secretario
Dr. Raúl A. Castillo Rodas

Vo. Bo.

Dr. 
Decano.
Dr. Rolando Castillo Montalvo.