

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS**

CAUSAS DE MORTALIDAD FETAL INTRAPARTO

Correlación del diagnóstico clínico-patológico retrospectivo mediante revisión de informes clínicos y de necropsias de pacientes atendidas por muerte fetal intraparto en el Hospital General San Juan de Dios, durante febrero 93 a febrero 94. Guatemala.

T E S I S

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

P O R

ILMA LUZ RECINOS GODOY

En el acto de su investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, JUNIO DE 1994.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

02
05
+ (7014)

TELEFONOS
20318
23741-44
530423-32
530443-48
24834

Hospital General "San Juan de Dios"
Guatemala, G. A.

CABLE
"HOSPGRAL"
GUATEMALA
G-4-94
OFICIO NO. _____

Guatemala, 6 de Junio de 1,994

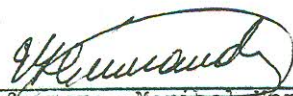
Bachiller
Ilma Luz Recinos Godoy
PRESENTE

El comité de Investigación le informa que su informe final ha sido autorizado para la divulgación de su trabajo de tesis titulado".

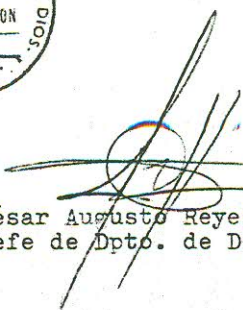
"CAUSAS DE MORTALIDAD FETAL INTRAPARTO"

Sin otro particular quedo de usted.

Atentamente,


Enfermera, Maribel Hernández
Coordinadora.







Vo.Bo. César Augusto Reyes Martínez
Jefe de Dpto. de Docencia.

cc; archivo.



FORMA C

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Guatemala, 6 de junio de 1994

Director Unidad de Tesis
Centro de Investigaciones de las Ciencias
de la Salud - Unidad de Tesis

Se informa que el: Secretaria Bilingüe ILMA LUZ RECINOS GODOY
Título o diploma de diversificado, Nombres y apellidos

Carnet No. 88-12769
completos

Ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:

CAUSAS DE MORTALIDAD FETAL INTRA PARTO.

y cuyo autor, asesor(es) y revisor nos responsabilizamos de los conceptos metodología, confiabilidad y validez de los resultados, pertinencia de las conclusiones y recomendaciones, así como la calidad técnica y científica del mismo, por lo que firmamos conformes:

Asesor
Firma y sello personal

Dr. CESAR A. REYES M.
MEDICO Y CIRUJANO
COLEGIADO No. 3411

Firma del estudiante

Revisor
Firma y sello

Registro Personal

Dr. R. Oswaldo Jarfán Bermudes
MEDICO Y CIRUJANO
COLEGIADO 3051

EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FORMA D

H A C E C O N S T A R Q U E :

El Bachiller: ILMA LUZ RECINOS GODOY
Carnet Universitario No. 88-12769

Previo a optar al Título de Médico y Cirujano, en su Examen General
Público ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:
"CAUSAS DE MORIALIDAD FETAL INTRA PARTO"


Avalado por asesor(es) y revisor, por lo que se emite la presente
O R D E N D E I M P R E S I O N :

Guatemala, 6 de junio de 1994

Dr. Edgar R. De León Barillas
Por Unidad de Tesis

Dr. Raúl A. Castillo Rodas
Director del Centro de Investigaciones
de las Ciencias de la Salud

I M P R I M A S E :


Dr. Jafeth Ernesto Cabrera Franco
D E C A N O



INDICE

I.	INTRODUCCION	1
II.	DEFINICION DEL PROBLEMA	2
III.	JUSTIFICACION.....	3
IV.	OBJETIVOS.....	4
V.	REVISION BIBLIOGRAFICA.....	5
VI.	METODOLOGIA.....	9
VII.	PRESENTACION DE RESULTADOS.....	11
VIII.	ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS..	20
IX.	CONCLUSIONES.....	22
X.	RECOMENDACIONES.....	23
XI.	RESUMEN.....	24
XII.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	25
XIII.	ANEXOS.....	26

I. INTRODUCCION

El estudio de las causas que desencadenan la muerte fetal durante el trabajo de parto se considera de gran importancia para la población en general, especialmente en las madres que no le dan importancia al control de su embarazo.

Este trabajo se efectuó con el propósito fundamental de conocer los factores que desencadenan la muerte del feto durante el trabajo de parto, muchas de las cuales pueden ser prevenibles.

Se tomó una muestra de 17 casos, que fueron todos los mortinatos mayores de 28 semanas de gestación atendidos en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital General San Juan de Dios, en un estudio retrospectivo del periodo comprendido de febrero de 1983 a febrero de 1984 a quienes se les atendió el parto y no se pudo evitar la muerte fetal.

Así mismo se estableció orden de frecuencia y una correlación de los diagnósticos clínicos y patológicos.

II. DEFINICION DEL PROBLEMA

Las pérdidas durante el embarazo se refiere a muerte fetal, la cual puede clasificarse en: Muerte fetal temprana (anteparto), durante el trabajo de parto (intraparto) y la muerte que ocurre en la primera semana de vida.

El tipo de mortalidad intraparto, que es la que ocurre durante el trabajo de parto, puede ser desencadenada por factores que durante el embarazo pasaron desapercibidos, o que se producen durante el trabajo de parto, pero que por deficiencias asistenciales o por falta de conocimientos de la madre y escaso acceso a mejores servicios la hacen asistir a centros especializados cuando ya es demasiado tarde.

El presente estudio está destinado a encontrar las principales causas del por que estos fetos mueren antes de comenzar su nueva vida, ya sea por factores durante el trabajo de parto o trastornos anteriores que le producen, mediante la revisión de historias clínicas y de informes de necropsias de estos pacientes durante un año (febrero de 1993 a febrero de 1994) y la correlación del diagnóstico clínico con el diagnóstico patológico.

III. JUSTIFICACION

En nuestro medio la muerte fetal durante el trabajo de parto es un problema que ha tomado importancia durante los últimos años, habiéndose realizado hasta ahora, pocos estudios para encontrar sus causas.

Es evidente que hay varios factores de riesgo durante el trabajo de parto y también durante el embarazo que pueden desencadenarla, tales como la edad temprana de la madre, estado socioeconómico, nutrición, número de hijos, estado civil, educación materna, infecciones no tratadas, ausencia de control durante el embarazo y poca disponibilidad de servicios médicos especializados.

En virtud de que la literatura nacional, hasta la fecha, cuenta con escasos estudios relacionados a este problema se decide realizar el presente trabajo de investigación, estableciéndose la importancia de una orientación temprana de los riesgos mencionados para evitar la muerte del feto durante el trabajo de parto.

Se correlacionara además el diagnostico clínico con el diagnostico patológico con el objeto de establecer orden de frecuencia y relación entre cada uno.

IV. OBJETIVOS

GENERALES:

- 1.-) Determinar las causas mas frecuentes de muerte fetal intraparto en hijos de pacientes atendidas en el servicio de Obstetricia del Hospital General San Juan de Dios, durante el periodo comprendido de febrero de 1983 a febrero de 1984.
- 2.-) Realizar una propuesta orientada a disminuir los factores desencadenantes de este problema.

ESPECIFICOS:

- 1.-) Identificar el numero de pacientes atendidas por presentar muerte fetal intraparto durante el periodo de estudio en el Hospital General San Juan de Dios.
- 2.-) Describir los principales factores desencadenantes de muerte fetal durante el trabajo de parto (intraparto).
- 3.-) Relacionar el diagnostico clinico con el diagnostico patológico.
- 4.-) Clasificar un orden de frecuencia de las diferentes causas que produjeron muerte fetal intraparto en el Hospital General San Juan de Dios, de febrero de 1983 a febrero de 1984.
- 5.-) Proponer las medidas de prevención para evitar problemas durante el embarazo y su parto.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

CAUSAS DE MORTALIDAD FETAL INTRAPARTO

En países como el nuestro se ha encontrado que hay elevado índice de tasas de mortalidad perinatal, por factores que pueden ser prevenibles durante el embarazo y el trabajo de parto.

A continuación se presenta una revisión bibliográfica sobre los diferentes factores que desencadenan muerte durante el trabajo de parto, tomando el concepto de Mortalidad Perinatal como el número de nacidos muertos, mas el número de muertes neonatales por cada 1000 nacidos vivos. El concepto de mortinato es todo recién nacido después de la 20 semana de gestación que no muestra signos de vida al momento del nacimiento. (18,20)

En 1985, Wallace, Honh y Erickson realizaron comparaciones sobre mortalidad infantil en los Estados Unidos y Suecia. El rango de mortalidad infantil en Suecia es de 6.9/1000 siendo el país con la tasa mas baja en el mundo desde 1980, comparado con el rango de Estados Unidos que estaba en 11.7%. En los Estados Unidos aparece mas alto el índice de mortalidad para bebés negros nacidos fuera del matrimonio. Entre las causas de mortalidad se encontró anomalías congénitas e hipoxia intrauterina para Suecia y embarazo pretermino y desordenes gastrointestinales para los Estados Unidos.

En 1986, Sastrawinata y Bernard realizaron estudios sobre causas de muerte durante el trabajo de parto en Indonesia, y encontraron que del 100% de las muertes, el 70.7% fueron por trabajo de parto prolongado asociado a obstrucción mecánica, lo que significaba 102.7 muertes fetales de cada mil mujeres atendidas. La asfixia fetal fue el problema mas relacionado como causa principal de muerte. Para placenta previa el riesgo de muerte fetal intraparto aumento inversamente con la edad materna, desde 75.3/100 para mujeres mayores de 35 años, hasta 225.4/1000 para adolescentes. Entre niños de bajo peso al nacer, el riesgo de muerte anteparto fue dos veces mas alto que para la muerte intraparto. (16)

El efecto de un deficiente control prenatal en los rangos de muerte fetal fue estudiado en nacimientos de niños de peso mayor de 1000 gramos en la ciudad de Nueva York en 1976 a 1978. Se tomaron como datos el peso al nacer, la edad gestacional y otros problemas controlables y el rango de muerte fetal disminuyo de la misma manera como el control prenatal fue promovido. Se

compararon nacimientos en el nivel 3 de las unidades de maternidad (cuidado perinatal intensivo o de alto riesgo), nacimientos en unidad de cuidados 1 (hospitales sin riesgo) que tuvieron un 61 % de riesgo mas de muerte fetal intraparto ($p < 0.01$) y los nacimientos en la unidad 2 (control perinatal intermedio) tuvo un 35 % de riesgo de muerte. (10)

El efecto de los niveles hospitalarios en la incidencia de muerte fetal intraparto no puede ser atribuida a diferencias en la clasificación de muerte fetal durante el trabajo de parto, sino al grado de complicación que presentaba cada paciente a su ingreso al hospital.

Estudios en diferentes hospitales reportaron un descenso en los rangos de muerte fetal intraparto, especialmente en nacimientos complicados pero atendidos por personal especializado durante el trabajo de parto.

Muerte fetal que ocurre intraparto al igual que muerte fetal que ocurre anteparto puede disminuir gracias a un buen control prenatal y que es particularmente sensible al nivel de control obstétrico durante el trabajo de parto. (10)

Un estudio retrospectivo destinado a determinar el indice de mortalidad en embarazos gemelares se realizo en el Hospital St Mary's de Manchester, Inglaterra durante un periodo de 1975-8. Se tomaron como la edad gestacional, algunas complicaciones durante el embarazo, presentaciones fetales, peso al nacimiento, numero de hijos, edad materna, orden de los fetos y mortalidad perinatal. Fueron atendidas 21,711 madres de los cuales hubo 239 gemelares con una incidencia de 1 en 91. De todos ellos hubo 19 muertes anteparto, 19 durante el parto y 2 neonatales tardías tomados de 478 bebes muertos con un rango de mortalidad perinatal de 79.5/1000.

Nacimientos en embarazos menores de 34 semanas fue asociado con elevada mortalidad perinatal con rango de 22/1000. (5)

De los embarazos gemelares un 41.4 % fueron atendidos con menos de 37 semanas de gestación. No sobrevivió ningún bebe con peso menor de 750 gramos. El rango de mortalidad perinatal fue directamente relacionado con la prematuraz, descendiendo de 812/1000 en bebes con peso de 1000 gramos o menos hasta 6-7/1000 en bebes de 2500 - 3000 gramos. Los rangos de mortalidad perinatal en el primer gemelo fue de 71.1/1000 y del segundo gemelo fue de 87.9/1000. (5)

En otros estudios realizados en Bombay 1980, se encontró que factores como asfixia perinatal se asocian a muerte fetal intraparto como principal causa y cuando se asocia a prematuridad y bajo peso se elevaba más su riesgo. (3)

En 1988, Nilses y Olsen realizaron estudios sobre mortalidad perinatal en el Distrito de Mondera, para identificar factores asociados con el parto y los que ocurren la primera semana de vida, el estudio tuvo una duración de 7 meses. Se reportaron 66 muertes de un total de 1900 nacimientos, dando un rango de muerte perinatal de 35/1000 del total de nacidos vivos. La principal causa encontrada fue asfixia intraparto (14 muertes) y prematuridad con peso menor de 1500 gramos (8 muertes). Las demás muertes fueron asociadas a hemorragia anteparto, prolapso del cordón, toxemia del embarazo, ruptura uterina, anomalías congénitas severas e infecciones intrauterinas. (14)

En un estudio realizado en Bombay y Suiza la elevada mortalidad perinatal se asoció a asfixia perinatal y a factores como prematuridad, hemorragia anteparto, prolapso del cordón, toxemia del embarazo, ruptura uterina, anomalías congénitas e infecciones no tratadas. (3,11)

En 1991, Domisse realizó estudios sobre causas de mortalidad perinatal en el Hospital de Maternidad de Sur Africa, durante 12 meses. Su propósito fue encontrar los principales problemas presentados durante el parto que puede ocasionar muerte fetal. Los resultados fueron que de 854 muertes de los 27,480 nacimientos, 573 ocurrieron durante el parto y 221 en los primeros 7 días de vida. A la prematuridad en menores de 37 semanas de gestación se le atribuye el 73 % del total de las muertes. Un 50% de las muertes ocurridas durante el parto y un 40% del total de muertes fetales ocurrieron en menores de 1500 gramos presentando asfixia como principal causa desencadenante. Se encontraron además como causas de muerte infecciones como sífilis, anomalías congénitas y desprendimiento prematuro de placenta. (6)

En 1984, Nordbeck, Voorhoeve y Van-Ginneken realizaron en el Hospital Materno-Infantil de Kenya un estudio sobre mortalidad perinatal, encontrando que hubo 221 muertes perinatales de un total de 4,768 nacimientos, de los cuales 141 ocurrieron durante el parto y 80 durante la primera semana de vida. El 38 % del total de muertes fueron asociadas a complicaciones durante el parto; 25 % con bajo peso y hemorragia anteparto, 21% sobre causas accidentales, 3 % por anomalías congénitas y 7 % por infecciones. (15)

En otros estudios realizados en 1987 y 1988 sobre mortalidad perinatal, sobre causas de mortalidad se encontró que asfixia y bajo peso son las principales causas desencadenantes. Otros factores como anomalías congénitas, hemorragia anteparto, desprendimiento prematuro de placenta y preeclampsia también fueron encontrados. (4,7)

VI. METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDIO:

Para el presente estudio se utilizó el método descriptivo retrospectivo, tomado de los informes clínicos y de necropsias de mortinatos ocurridos intraparto, de pacientes atendidas en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital General San Juan Dios, durante febrero de 1993 a febrero de 1994.

SELECCION DEL SUJETO DE ESTUDIO:

Por los escasos estudios a nivel nacional sobre este problema, se eligió investigar las causas desencadenantes de la muerte del feto durante el trabajo de parto y su correlación del diagnóstico clínico-patológica. Se establecerá además, comparaciones entre las diversas causas, por lo que se tomara los informes clínicos y de necropsia de los mortinatos de pacientes atendidas por este problema durante el período de febrero de 1993 a febrero de 1994.

TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Se tomó el total de pacientes atendidas por muerte fetal intraparto ocurrida durante el período de febrero de 1993 a febrero de 1994, consultándose el libro de Labor y Partos y posteriormente la revisión de las Historias Clínicas y el libro de informes de necropsias.

CRITERIOS DE INCLUSION:

Se tomó todas las muertes fetales ocurridas durante el trabajo de parto, hijos de pacientes atendidas con embarazo mayor de 28 semanas de gestación en el Hospital General San Juan de Dios y/o anexos, y que se les realizó necropsia durante el período definido.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- 1.-) Se excluyó aquellos casos en que el embarazo sea menor de 28 semanas de gestación.
- 2.-) Se excluyó casos donde la muerte fetal ocurrió

anteparto y que se cuenta con diagnostico (ultrasonido,
rayos X o clinico)
DEFINICION CONCEPTUAL-OPERACIONAL Y MEDIDAS:

Pacientes atendidas por muerte fetal intraparto.

VARIABLES:

- a) Edad de la paciente.
- b) Profesión u oficio.
- c) Estado civil.
- d) Antecedentes
 - Médicos
 - Obstétricos
- e) Control prenatal
- f) Tiempo de evolución del trabajo de parto
- g) Peso del producto
- h) Causa de muerte (médico)
- i) Diagnostico patológico.

RECURSOS:

MATERIALES:

1.-) ECONOMICOS

- Gastos de Papelería
- Secretaria (mecanógrafa)
- Fotocopias
- Bolígrafos
- Hojas de papel bond tamaño carta

2.-) FISICOS

- Hospital General San Juan de Dios
- Departamento de Archivo
- Departamento de Patología
- Historias clinicas
- Informes de necropsias
- Boleta de recolección de datos (anexo 1)
- Maquina de escribir
- Bata blanca

3.-) HUMANOS

- Personal de Archivo
- Personal de Patología
- Personal de Secretaria

VII. PRESENTACION DE RESULTADOS

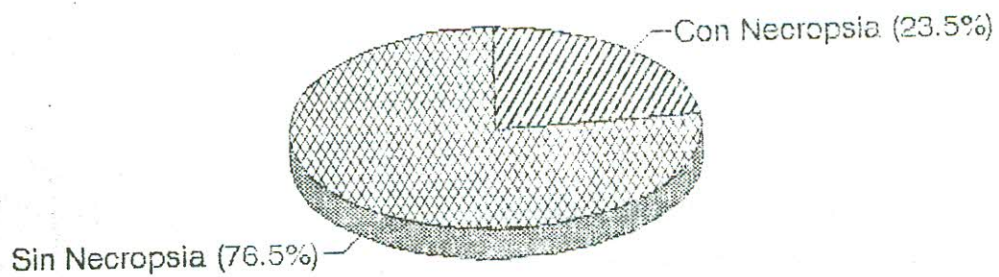
CUADRO No. 1
 TOTAL DE MUERTES FETALES
 OCURRIDAS DURANTE EL TRABAJO DE PARTO
 DEPARTAMENTO GINECO-OBSTETRICIA
 HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS
 Febrero 1983 - Febrero 1994

PACIENTES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CON NECROPSIA	4	23.5
SIN NECROPSIA	13	76.5
TOTAL	17	100.0

FUENTE: Historias clínicas maternas,
 Informes de necropsias
 Boleta de recolección de datos.

GRAFICA No. 1

Necropsias y Defunciones



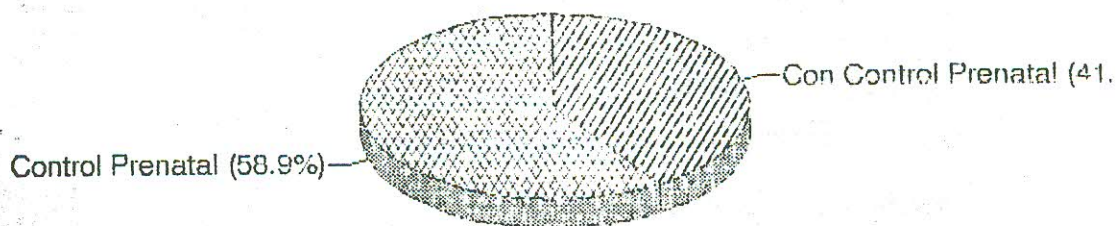
CUADRO No. 2
 MUERTE FETAL INTRAPARTO RELACIONADO CON
 SIN CONTROL PRENATAL DURANTE EL EMBARAZO
 DEPARTAMENTO GINECO-OBSTETRICIA
 HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS
 Febrero 1993 - Febrero 1994

PACIENTES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CON CONTROL PRENATAL	7	41.2
SIN CONTROL PRENATAL	10	58.8
TOTAL	17	100.0

FUENTE: Historias clínicas maternas,
 Informes de necropsias
 Boleta de recolección de datos.

GRAFICA No. 2

Control Prenatal y Muertes Intraparto



CUADRO No. 3
 ESTADO FETAL AL MOMENTO DEL INGRESO
 DE PACIENTES ATENDIDAS POR MUERTE FETAL INTRAPARTO
 DEPARTAMENTO GINECO-OBSTETRICIA
 HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS
 Febrero 1993 - Febrero 1994

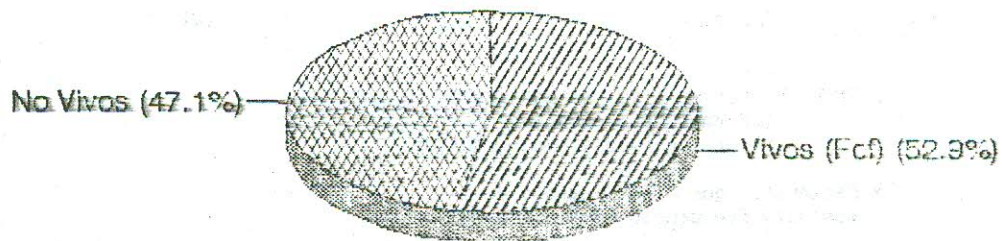
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
VIVOS (Fcf)*	9	52.9
NO VIVOS	8	47.1
TOTAL	17	100.0

FUENTE: Historias clínicas maternas,
 Informes de necropsias
 Boleta de recolección de datos.

* Pacientes que a su ingreso se les
 ausculto frecuencia cardiaca fetal.

GRAFICA No. 3

Estado Fetal al Momento del Ingreso



CUADRO No. 4
 MOMENTO EN QUE OCURRE
 LA MUERTE FETAL
 DEPARTAMENTO GINECO-OBSTETRICIA
 HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS
 Febrero 1993 - Febrero 1994

PERIODO DEL TRABAJO DE PARTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PRIMERO: FASE LATENTE	3	17.7
FASE ACTIVA	2	11.8
SEGUNDO	4	23.5
DESCONOCIDO *	8	47.0

FUENTE: Historias clínicas maternas,
 Informes de necropsias
 Boleta de recolección de datos.

* Se incluyen a los fetos que murieron durante el período del trabajo de parto (período de parto domiciliario), y a su ingreso al hospital no se les ausculto frecuencia cardíaca fetal.

CUADRO No. 8
 CORRELACION DEL DIAGNOSTICO CLINICO
 CON EL DIAGNOSTICO PATOLOGICO
 (17 casos clinicos / 4 casos con necropsia) *

DIAGNOSTICO CLINICO	DIAGNOSTICO PATOLOGICO
- DESPROPORCION CEFALOPELVICA - ANOMALIAS CONGENITAS FETALES (mielomeningocele)	- ATELECTASIA PULMONAR - HEMORRAGIA VENTRICULAR - MIELOMENINGOCELE ULCERADO - ESTENOSIS AORTICA
- ANOMALIAS CONGENITAS (microcefalia, meningocele)	ENCEFALOCELE - ATELECTASIA PULMONAR - COMUNICACION INTERVENTRICULAR
- SUFRIMIENTO FETAL AGUDO - ASPIRACION DE MECONIO	- ATELECTASIA PULMONAR - HEMORRAGIA VENTRICULAR - Sx. ASPIRACION DE MECONIO
- PARTO DISTOSICO SIMPLE (paro en expulsión)	- HEMORRAGIA PULMONAR - HEMORRAGIA CEFEBRAL - HEMORRAGIA SUPRARRENAL

FUENTE: Historias clinicas maternas,
 Informes de necropsias
 Boleta de recolección de datos.

* En este cuadro se encuentran los 4 casos clinicos
 de muerte fetal intraparto que si se les realizo
 necropsia.

VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

En el presente estudio se investigaron un total de 17 mortinatos, hijos de pacientes atendidas por muerte fetal intraparto, con edad gestacional mayor de 27 semanas por ultima regla, de los cuales a 4 se les realizo necropsia (23.53 %) para completar su diagnostico (cuadro No. 1).

En relación al control de embarazo hubo 10 pacientes (58.83%) que aparece en la historia clinica no control prenatal y a 7 pacientes (41.17%) que si habian tenido control prenatal, aunque es importante que solo se mencione Si o No y no se describió la frecuencia y la calidad con que se realizo este control prenatal (cuadro No. 2).

Es de importancia resaltar que en el cuadro No. 3 aparece que 9 pacientes (52.94%) se les ausculto frecuencia cardiaca fetal a su ingreso al hospital; y un 47.06% (8 fetos) referían las madres en la historia que sentían muy bien los movimientos fetales cuando inicio el trabajo de parto, pero que habian tenido atención domiciliaria no clasificada previa.

En el cuadro No. 4 se observa que a 5 pacientes (29.43%) sus fetos murieron durante el primer periodo del parto y a quienes si se les encontró frecuencia cardiaca fetal a su ingreso. A 4 pacientes (23.58%) se les ausculto frecuencia cardiaca fetal y buenos movimientos fetales durante el primer periodo, pero durante la expulsión los fetos fallecieron, por causas que pudieron evitarse si se hubiera tenido un control efectivo. Se incluyen 8 casos (47.06%) dentro del periodo desconocido porque estas madres referían buenos movimientos fetales cuando se inicio el trabajo de parto, pero por asistencia no calificada previa (atención domiciliaria) al ingreso al hospital sus productos ya no presentaban frecuencia cardiaca fetal.

En el cuadro No. 5 se describen las causas mas frecuentes de mortalidad fetal intraparto, de las cuales anomalías congénitas se encontró en 6 casos. Tres de estas pacientes tenían diagnostico de anomalías congénitas del tubo neural y feto vivo por ultrasonido. Uno de ellos presento frecuencia cardiaca fetal durante todo el primer periodo. A las otras tres pacientes (que no tenían diagnostico previo por ultrasonido), se les ausculto frecuencia cardiaca fetal durante todo el primer periodo, y a dos de ellos se les encontró anomalías congénitas del tubo neural hasta el momento del nacimiento.

Otra causa frecuentemente encontrada fue sufrimiento fetal agudo por aspiración de meconio, dos de los cuales no presentaban frecuencia cardiaca fetal a su ingreso. A uno de ellos que si presentaba frecuencia cardiaca fetal audible se le realizo cesárea segmentaria transperitoneal (CSTP) por presentar bradicardias fetales.

Se encontró un caso con diagnóstico de parto distosico simple por paró en expulsión, a la paciente se le documentó frecuencia cardíaca fetal durante todo el primer periodo, sin embargo el feto nació muerto y no responde a maniobras durante el alumbramiento.

Se encontró además 3 casos, los cuales según historia materna sentían buenos movimientos fetales al inicio del trabajo de parto, ellas refirieron que habían consultado con comadronas antes de buscar atención en el hospital. A su ingreso al hospital no se les auscultó frecuencia cardíaca fetal, las tres llegaron con dilatación avanzada.

Se encontraron además dos casos con causas desconocidas, en los cuales en los informes clínicos solo aparece mortinato de diagnóstico clínico y la historia no orienta a determinar la causa de la muerte. Una paciente presentó frecuencia cardíaca fetal audible a su ingreso con dilatación de 1 centímetro, pero 2 horas después ya no se auscultó frecuencia cardíaca fetal. La otra paciente no presentaba frecuencia cardíaca fetal a su ingreso pero refería que el producto se movía bien cuando le inició el trabajo de parto.

Además se encontró un caso de desprendimiento prematuro de placenta grado III, en una paciente de 39 semanas de gestación por última regla, que consultó por hemorragia severa sin trabajo de parto, el parto se resolvió por vía vaginal y no pudo ofrecerse ninguna oportunidad de vida al feto al nacimiento.

Otra causa encontrada fue corioamniotitis en una paciente con edad gestacional de 33 semanas y que tenía antecedente de ruptura prematura de membranas tratada en complicaciones prenatales hacía un mes, que a su ingreso presentaba frecuencia cardíaca fetal de 152 x', la cual no fue audible posteriormente.

La correlación del diagnóstico clínico con el diagnóstico patológico, solo se realizó en 4 pacientes porque solo estas presentaban informes de patología, se puede observar que si hay alguna relación en los diagnósticos más importantes, ya que algunos diagnósticos patológicos como hemorragias internas es evidente que solo pueden ser observadas durante la realización de la necropsia (cuadro No. 8).

Para finalizar se debe mencionar que a pesar de que en febrero de 1993 se acordó realizar obligatoriamente la necropsia a todo mortinato, en un 76.53 % de los casos estudiados no se hizo efectiva; las causas por las que no se efectuaron puede ser por petición de los familiares o deficiencia del personal hospitalario encargado de llenar solicitudes (pero esta información no aparece en la papeleta).

IX. CONCLUSIONES

- 1.-) Se encontraron 17 casos atendidos por muerte fetal intraparto (mortinatos).
- 2.-) Se les realizó necropsia únicamente a un 23.53 % (4 casos) de los productos muertos en el período estudiado.
- 3.-) Las principales causas de muerte fetal intraparto según diagnóstico clínico fueron: Anomalías congénitas del tubo neural con 35.30% y sufrimiento fetal agudo por aspiración de meconio con 17.06 %.
- 4.-) La causa mas frecuente de muerte fetal intraparto según diagnóstico patológico fue atelectasia pulmonar.
- 5.-) Si existe relación en los diagnósticos clínicos con los diagnósticos patológicos de muerte fetal intraparto en los cuatro casos comparados.
- 6.-) Es mas frecuente la muerte fetal intraparto de pacientes que no tuvieron control prenatal (58.83 %).
- 7.-) 5 pacientes (29.42 %) presentaron muerte fetal durante el primer período (fase latente y fase activa) del trabajo de parto.
- 8.-) 4 pacientes (23.52 %) tuvieron muerte fetal durante el segundo período del parto (expulsión).
- 9.-) Se encontraron 3 casos (47.06 %) en los cuales los productos murieron durante el período de parto domiciliario, fuera del hospital.
- 10.-) Que 9 pacientes (52.94 %) presentaban frecuencia cardiaca fetal audible (3 por estetoscopio y 1 por doppler) a su ingreso al hospital.
- 11.-) Que a pesar de ser obligatorias las necropsias de todas las muertes fatales, de los 17 casos estudiados solo a un 23.56% se les realizó necropsia.

X. RECOMENDACIONES

- 1.-) Concientizar al personal médico y paramédico la importancia de un estricto monitoreo materno-fetal durante el trabajo de parto, para evitar las muertes de seres humanos potencialmente sanos provocados por una falta de atención médica consiente.
- 2.-) Fomentar la importancia de realizar necropsia a todos los mortinatos y obitos fetales, para establecer en mejor forma las causas de muerte y poder implementar medidas correctivas en los casos prevenible o evitables.
- 3.-) Promover a nivel nacional la importancia del correcto control del embarazo para prevenir las causas de muerte fetal que se producen durante el trabajo de parto.
- 4.-) Dar orientación a todas las madres que asisten a este centro hospitalario sobre los cuidados del embarazo y la importancia de buscar ayuda especializada durante el trabajo de parto.
- 5.-) Incentivar a los médicos del Departamento de Patología para profundizar mas en la búsqueda de los factores causales de la muerte de todos los mortinatos, para lograr una mejor correlación clínica.

XI. RESUMEN

El presente estudio es de carácter descriptivo retrospectivo y se realizó en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital General San Juan de Dios, sobre las causas que desencadenan la muerte fetal durante el trabajo de parto, en el período comprendido de febrero 93 a febrero 94; correlacionando además el diagnóstico clínico con el diagnóstico patológico.

Se tomaron todos los casos encontrados que fueron 17 mortinatos atendidos durante el período de estudio con edad gestacional mayor de 28 semanas por última regla, encontrándose que sólo a un 24% (4 casos) se les realizó necropsia, por lo que la correlación del diagnóstico clínico con el patológico se realizó en este número de casos. 9 de estos 17 pacientes se les auscultó frecuencia cardíaca fetal a su ingreso a este centro hospitalario (53%).

Se estableció orden de frecuencia de causas, encontrándose que las dos causas clínicas más frecuentes son anomalías congénitas del tubo neural y sufrimiento fetal agudo por aspiración de meconio, y en el diagnóstico patológico fue Atelectasia y Hemorragia Pulmonar.

La mayoría de las madres atendidas (10 pacientes) no tenían historia de control durante su embarazo.

XIII. BIBLIOGRAFIA

- 1.-) Alisjahbana A; Soeroto-Hambah E; Peeters R; Meheus A. Perinatal mortality and morbidity in rural West Java, Indonesia. *Pediatrica Indonesia* 1980. Pag 179-30.
- 2.-) Adewunmi DA; Dawodu Ah; Marinho Ad. Perinatal mortality surveys in an african teaching hospital. The influence of clinico pathologic and other factors on perinatal deaths. *East Medical Journal*, 1984. Pag 778-86.
- 3.-) Alwani CM; Ambiye VR; Lokeshwar SM; Chadda JS; Kamat VV. Review of perinatal mortality ay B.Y.L. Nair Clidren Hospital Bombay 1978-80. Proceeding of the Thrid International Seminar on Maternal and Perinatal Mortality Pregnancy Termination and Sterilization, New Delhi, India, 1980. Pag 342-6.
- 4.-) Barros EC; Victoria CG; Vaugham JP. Causes of perinatal mortality in Pelotas, RS. Brazil. *Revista de Saude Publica*, 1987. Pag 310-6.
- 5.-) Dapaah V. The outcome of twin pregnancy; factors associated with high perinatal mortality. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1983. Pag 225-6.
- 6.-) Domisse J.MD. The causes of perinatal deaths in the Greater Cape Town Area, a 12 months survey. *South African Medical Journal*, 1991. Pag 270-5.
- 7.-) El-Shafei-AM; Sandhu-AK; Dhaliwal-JK. Perinatal mortality in Bahrain. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1988. Pag 293-8.
- 8.-) Goldenberg, Robert L. MD. Humprey, Jean L.M.F.H. Hale; Cristiane B. Ph.D. Neonatal deaths in Alabama 1970-80. An anaysis of birth weight and race specific neonatal mortality rates. *American Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1983. Pag 545-52.
- 9.-) Hefnawy F. Pregnancy wastege. *Population Studies*, 1983. Pag 31-8.
- 10.-) Kiely, John L. Ph.D.; Peneth, Nigel M.D.; Sunsser, Mervyn, M.B. B.Ch. Fetal death during labor. *American Journal of Obstetrics ang Gynaecology*, 1985. Pag 721-7.
- 11.-) Kubli-F Detention and quantification of maternal risk. In high risk mothers and newborns: Detection, manegement and prevention, edited by Abdel R. Omren, Jean Martin and Bechir Hamza. Thun, Switzerland, Ott Verlag, 1987. Pag 128-34.

- 12-) Low, J.A.; Galbraith, R.S.; Muir, D.W.; Killen H.L.; Fetter, E.A.; Karchmar, E.J.M.D. Intrapartum fetal hypoxia. American Journal of Obstetrics and Gynaecology, 1983. Pag 129-34.
- 13-) McCarth, Brian J.M.D., Schulz, Kenneth F. M.B.A.; Terry, Jules S. M.D.M.Ph. Identifying neonatal risk factors and predicting neonatal deaths in Georgia. American Journal of Obstetrics and Gynaecology, 1982. Pag 557-62.
- 14-) Nilses-C.; Olsen-P. Perinatal mortality in Marondera District. Central African Journal of Medicine, 1988. Pag 119-21.
- 15-) Nordbeck-HK; Voorhoeve-AM; Van-Ginneken-JK. Use of perinatal mortality data in antenatal screening. In maternal and child health in rural Kenya: An epidemiological study, edited by J.K. Van Ginneken and A.S. Muller, London, England, Croom Helm, 1984. Pag 241-58.
- 16-) Sastrawine-S; Bernard-RP. 3D display of stillbirth in Indonesian obstetrics. Part 8. Component analysis (intra-antepartum) Sozial and Preventivmedizin, 1986. Pag 227-9.
- 17-) Stickle, Gabriel MD; Morton, Richard F.M.D. Intervention to reduce neonatal mortality. American Journal of Obstetrics and Gynaecology, 1985. Pag 229-31.
- 18-) Wallace HM; Hong JW; Erickson A. Comparision of infant mortality in the United States and Sweden. Journal of Tropical Pediatrics, 1985. Pag 223-8.
- 19-) Danforth, David N. Tratado de obstetricia y Ginecologia. 4ta Edición. Pag 282.
- 20-) Pritchard, Jack A.; McDonald, Paul C.; Gant, Norman F. MD. Williams Obstetricia. 3a edición.

XIII. ANEXOS

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS, FASE III
COORDINACION ADMINISTRATIVA DE TESIS

ANEXO # 1
BOLETA No. _____

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

HOSPITAL: _____ REGISTRO MEDICO: _____

NOMBRE DE LA MADRE: _____

EDAD: _____ ESTADO CIVIL: _____

PROFESION U OFICIO: _____

FECHA DE INGRESO: _____

ANTECEDENTES: MEDICOS: _____

OBSTETRICOS: G: _____ P: _____ Ab: _____

CESAREAS: _____ FUR: _____ YFP: _____

CONTROL PRENATAL: SI _____ NO _____

TIEMPO DE EVOLUCION DEL TRABAJO DE PARTO: _____

DIAGNOSTICO CLINICO DEL MORTINATO: _____

PESO DEL FETO: _____

SE REALIZO NECROPSIA: SI _____ NO _____

PORQUE: _____

DIAGNOSTICO PATOLOGICO: _____