Muerte Fetal Intraparto

(Estudio de 125 Casos)

Doctores Fernando Sánchez Torres*
Edgar Cabal**
Carlos García**

INTRODUCCION

Las muertes fetales que ocurren durante el curso del parto no deben ser, en verdad, las que aumenten de manera considerable los índices de mortalidad perinatal. En la Clínica David Restrepo, de Bogotá, institución que presta atención integral a pacientes que pertenecen a la clase media económica, Gutiérrez y Roa encontraron en un periodo de diez años que el 5.56o/o de la mortalidad perinatal fue debido a muertes sucedidas a lo largo del trabajo de parto (4). Por su parte, Rodríguez y cols. (6) en un estudio prospectivo adelantado en el Instituto Materno Infantil, también de Bogotá, que es un centro asistencial dedicado a la atención de pacientes de pobres condiciones socio-económicas, en contraron que la mortalidad fetal intraparto correspondió al 28.05o/o de la mortalidad perinatal. Como puede verse, la frecuencia de muertes fetales ocurridas entre la iniciación del trabajo de parto y el nacimiento mismo, es asombrosamente diferente en las dos instituciones. El estudio que a continuación presentamos intentará explicar el porqué de esta diferencia.

MATERIAL Y METODOS

Con el fin de poder estudiar adecuadamente los casos de muerte fetal intraparto, y de ejercer, al mismo tiempo, una forma de auditoría médica, se creó en el Instituto Materno Infahtil en 1971 un Comité encargado de analizar cada una de las muertes fetales que ocurrieran en el trascurso del parto. Se estableció para ello una hoja especial de registro, cuya parte informativa debía ser llenada por el médico que atendió el parto, y la correspondiente al análisis y juicio crítico por el Comité, compuesto éste por el Director del Instituto, un patologo y dos médicos gineco-obstetras vinculados a la institución. A pesar de que se estableció como requisito que la necropsia fetal debía practicarse sistemáticamente, al igual que el estudio de placenta, dificultades de orden técnico impidieron al Servicio de Patología cumplir con este requisito. Así y todo, hasta 1975 y de manera consecutiva fueron informados 125 casos, los cuales fueron estudiados detenidamente por el Comité, con el mayor número posible de elementos de juicio.

RESULTADOS

El hecho de que solamente 15 (12o/o) de las 125 pacientes cuyo feto falleció intraparto hubieran tenido alguna forma de control prenatal, es demostrativo de que la atención obstétrica que prestaba el Instituto Materno Infantil en aquella época no era de tipo integral.

Sesenta y una pacientes (48.8o/o) eran primigestantes y 25 (20o/o) fueron consideradas grandes multíparas, es decir, que habían tenido más de 5 partos. (Tabla I). En el grupo estudiado no hubo embarazadas menores de 15 años.

Tabla I — Paridad de las pacientes

Paridad	Número	Porcentaje
Primigestantes	61	48.8o/o
G2 a G5	39	31.2o/o
G5	25	20.0o/o

* Profesor del Departamento de Obstetricia y Ginecología. Facultad de Medicina de la Universidad Nacional.
** Residentes del Departamento de Obstetricia y Ginecología. Facultad de Medicina de la Universidad Nacional.

Sesenta y siete (53.60%) tenían entre 15 y 24 años, 41 (32.80%) tenían entre 25 y 34 años y 17 (13.60%) eran mayores de 35 años (Tabla II).

Tabla II – Edad de las pacientes

Edad	Número	Porcentaje
15	0	0
15 y 24	67	53.60%
25 y 34	41	32.80%
35	17	13.60%

En relación con la edad de gestación, basada en el dato de la última regla, 2 casos (1.60%) fueron considerados como embarazos prolongados (más de 42 semanas), 89 (69.60%) estaban dentro del término normal y 34 (27.20%) se tuvieron como prematuros (Tabla III).

TABLA III – Edad de embarazo al tiempo de la muerte fetal.

Edad de gestación	Número	Porcentaje
Prematuros	34	27.20%
A término	89	71.20%
Postérmino	2	1.60%

En cuanto al tipo de parto, en 74 ocasiones (19.20%) fue espontáneo, en 25 (18.40%) fue intervenido mediante operación cesárea y en 3 (2.40%) mediante aplicación de fórceps (Tabla IV)

TABLA IV – Tipo de parto

Tipo de parto	Número	Porcentaje
Espontáneo	74	59.20%
Cesárea	23	18.40%
Fórceps	3	2.40%

Sesenta y ocho mortinatos (54.40%) correspondían al sexo masculino y 57 (45.60%) al sexo femenino.

Solamente se practicaron 17 autopsias (13.60%), con los siguientes resultados (entre comillas el diagnóstico clínico):

1 –"Embarazo prolongado". Aspiración masiva de líquido amniótico.

2–"Trabajo prolongado. Infección ovular" Aspiración de líquido amniótico. Bronconeumonía.

3- "Hiperdinamia por oxitócicos". Anoxia Aspiración masiva de líquido.

4- "Prediabetes". Macrosomía (5100 gr.) anoxia, aspiración de meconio.

5- "Nudo verdadero del cordón". Anoxia. Congestión visceral.

6- "Circular del cordón". Anoxia, congestión visceral.

7- "Preelapsia". Aspiración de líquido y meconio. Hemorragias múltiples.

8- "Preeclapsia. **Abruptio Placentae**". Anoxia, Hemorragias múltiples

9- "Eclapsia". Aspiración masiva de líquido y meconio.

10- "Preeclapsia. **Abruptio Placentae**". Anoxia. Hemorragias múltiples.

11- "Preeclapsia. Abruptio Placentae". Anoxia. Hemorragias múltiples.

12- "Retención de cabeza última". Aspiración masiva de líquido y meconio. Anoxia. Hemorragias múltiples.

13- "Retención de cabeza última. Hidrocefalia". Hidrocefalia. Anoxia. Aspiración de líquido amniótico.

14- "Anemia materna. Malaria". Anoxia. Hemorragias severas.

15- "Ruptura uterina". Anoxia. Hemorragias múltiples.

16- "No precisada". Insuficiencia placentaria, Placenta bilobulata.

17- "No precisada". Broncoaspiración masiva de líquido y meconio.

CAUSAS DE MUERTE

Del estudio detenido de cada caso, el Comité concluyó que las muertes pudieron deberse a las siguientes causas (Cuadro No. 1):

CUADRO No. 1 Causas de muerte fetal intraparto

Causas	No. de casos	Porcentaje
Funicular	35	28%
Circulares	17	
Procidencias	12	
Procúbitos	2	
Laterocidencias	2	
Nudos verdaderos	2	
Enfermedad materna	26	20.30%
Toxemia gravídica	21	
Diabetes	3	
Neumonía	1	
Malaria	1	
No determinada	15	12%
Hiperdinamia uterina	11	8.80%
Placentaria	8	6.40%
Abruptio placentae	6	
Placenta previa	1	
Placenta bilobulata	1	
Infección ovular	7	5.60%
Parto prolongado	7	5.60%
Dificulatades del parto	5	4.%
Ruptura uterina	5	4%
Malformaciones fetales	3	2.40%
Embarazo prolongado	2	1.60%
Accidente anestésico	1	0.8%

1 — Por compromiso del cordón umbilical (causa funicular).
Se aceptó que la defunción fetal tuvo como origen alteraciones funiculares en 35 casos (28%), discriminados así: por circulares 17, por procidencias 12, por procúbitos 2, por laterocidencias 2 y por nudos verdaderos 2.

2 — Por enfermedad materna.
Corresponden a este grupo 26 casos (20.80%), ocupando el primer lugar la toxemia gravídica con 21 casos (16.8%), de los cuales 10 eran formas preeclámpticas y 11 eclámpticas. A la diabetes se imputó la muerte en 3 ocasiones (2.4%), dos de ellas en etapa prediabética y la tercera en etapa de diabetes sintomática. En un caso la muerte se debió a neumonía materna y en el otro a un estado comatoso por encefalopatía malárica.

3 — De causa no determinada.
A pesar del estudio a fondo de cada caso, en 15 oportunidades (12%) no fue posible establecer el factor causante de la muerte. Es necesario agregar que los expedientes correspondientes a 13 de estos casos carecían del informe de autopsia.

4 — Por hiperdinamia uterina.
La excesiva contractilidad uterina, producto del uso incorrecto de oxitocina, fue causa de 11 muertes (8.80%).

5 — De origen placentario.
Incluimos aquí tres entidades: el desprendimiento de placenta normo-inserta o **abruptio placentae,** la placenta previa y la insuficiencia placentaria primitiva. Estas complicaciones se encontraron en 8 casos (6.40%) así: **abruptio placentae** 6 (4.80%), placenta previa 1 (0.8%) y placenta bilobulata 1 (0.8%).

6 — Infección ovular.
La infección del saco amniótico como causa única de muerte **in útero en el curso del parto se encontró** en 7 casos (5.60%).

7 — Trabajo de parto prolongado.
Cuando no se encontró ninguna causa diferente a la prolongación excesiva del trabajo de parto (más de 24 horas), se tuvo a ésta como causante del óbito fetal. Tal hecho sucedió en 7 ocasiones (5.6%).

8 — Por dificultades del parto mismo.
En este grupo se incluyen las complicaciones ocurridas durante el periodo expulsivo en partos en presentación podálica. Por esta causa fallecieron 5 fetos (4%).

9 — Ruptura uterina.
En 5 casos (4%) la muerte fetal fue consecutiva a la ruptura del útero en el curso del parto.

10 — Malformaciones fetales.
Se observaron 3 casos de malformaciones mayores del feto, cuya participación en la muerte intraparto fue indudable: 2 hidrocefalias y una acondroplasia.

11 — Embarazo prolongado.
Dos casos (1.60%) de embarazos con gestación superior a 42 semanas fueron encontrados.

12 — Accidente anestésico.
Se observó la muerte de un feto (0.8%) como consecuencia de una anestesia raquídea que ocasionó severa y prolongada hipotensión arterial materna.

EVITABILIDAD DE LAS MUERTES FETALES

En el estudio de las muertes fetales intraparto el Comité tuvo especial cuidado en analizar los distintos factores que intervinieron en esos óbitos, con el ánimo de identificar aquellos susceptibles de ser suprimidos, circunstancia en la cual las muertes probablemente se hubieran evitado.

De los 125 casos revisados, en 106 oportunidades (84.8%) se consideró que eran muertes evitables y en 19 (15.2%) no evitables. Las primeras fueron agrupadas así:

1 — Factor Médico
En 37 ocasiones (34.9% de las muertes evitables) la muerte se debió a error u omisión del personal médico He aquí algunos ejemplos: mala conducción del parto, diagnóstico equivocado de la presentación fetal, trabajo de parto prolongado, mala valoración del riesgo materno fetal, hipotensión anestésica, delegación de la atención del parto en pelvis a personal inexperto.

2 — Factor Paciente.
En 19 casos (17.92%) la misma parturienta fue inculpada de la muerte de su hijo. Por ejemplo: ingreso tardío al hospital, atención previa por comadrona.

3 — Factor Institucional.
La institución se vió involucrada ella sola en la muerte de 3 fetos (2.83%). por carecer de elementos indispensables para la atención correcta de las pacientes.

4 — Factor Institución-Médico.
Este factor mixto fue observado en 47 ocasiones (44.34%). Se incluyen en este grupo aquellos casos en que la muerte fetal fue atribuida exclusivamente a falta de control adecuado del parto. Por las características del Instituto Materno Infantil donde la excesiva demanda conspira contra la calidad de la atención no fue posible ejercer un correcto control de cada caso durante el trabajo de parto, aun tratándose de pacientes de alto riesgo materno-fetal. Quizás sea injusto que esta falla sea compartida con el médico. Sin embargo, en muchas ocasiones fue imposible establecer con certeza si la falta de control se debió, en verdad, a exceso de trabajo o simplemente a abandono u olvido por parte del médico de turno.

COMENTARIOS

Como anotamos al principio, la mortalidad fetal intraparto en la Clínica David Restrepo fue de 5.56%, en tanto que la observada en el Instituto Materno Infantil fue de 28.05%. Creemos que pueden explicar esta notable diferencia las características mismas de las dos instituciones.

La Clínica David Restrepo es una isntitución privada que atiende pacientes catalogadas como de clase media socio-económica. Es requisito que las embarazadas se registren tempranamente y tengan un buen control prenatal. Este hecho, por supuesto, augura un buen futuro fetal pues con antelación pueden identificarse los problemas que aconsejen una oportuna hospitalización y, si es el caso, una oportuna intervención. De otra parte, la circunstancia de que la demanda asistencial no sea excesiva y de que se cuente con un número suficiente de personal idóneo para la vigilancia y atención del parto, es, asimismo, prenda de garantía para el éxito del nacimiento.

El Instituto Materno Infantil, en cambio, es un hospital docente de carácter semioficial, destinado a atender población de baja condición socio-económica. No puede decirse que la atención sea integral, Sola-

mente el 12% de las mujeres cuyo hijo falleció en el curso del parto, habían tenido control prenatal. Las restantes tuvieron su primera vinculación con la institución al ingresar en trabajo de parto, muchas de ellas con problemas ya establecidos. Un ejemplo significativo del valor del cuidado prenatal es la tasa de eclapsia observada en las dos instituciones: en la Clínica David Restrepo fue de 0.08% y en el Instituto Materno Infantil de 0.8% (2). Además, por ser excesiva la demanda y prestación de servicios en relación con los recursos institucionales, la atención forzosamente hubo de ser deficiente. No se puede asegurar una correcta vigilancia de las parturientas si no se cuenta con el suficiente personal médico y para-médico para ello.

Hay también otros factores que contribuyeron a elevar las cifras de mortalidad fetal intraparto. Conviene hacer un comentario al respecto.

La circunstancia de que casi la mitad de las muertes fetales hubiera ocurrido en primigestantes, permite afirmar que la primiparidad, por sí sola, es una causa digna de tenerse en cuenta y debe por eso considerarse como factor de "alto riesgo fetal". La toxemia, por otra parte, también lo es. No solo la insuficiencia placentaria crónica que produce la enfermedad interviene en los óbitos fetales; también participa la insuficiencia placentaria aguda, por desprendimiento súbito y prematuro. En el estudio de Fitzgerald y Clift (3) la muerte fetal intraparto sin desprendimiento placentario ocurrió en el 19.4% de los casos, y con desprendimiento en el 26%. En el análisis que de 1.000 mortinatos hicieron Aguero y cols. (1) se encontró que la causa predominante de la muerte fetal intraparto fue precisamente la toxemia gravídica (32%).

En el presente estudio se encontró un 18% de cesáreas para extraer fetos muertos, lo cual es difícil de justificar. Solo podemos explicarlo si aceptamos que se intentó salvar al feto, pero infortunadamente se actuó demasiado tarde. Bien sabemos que para descubrir oportunamente el sufrimiento fetal intraparto se requiere verificar de manera permanente el estado del corazón fetal, o por lo menos con cierta periodicidad. Puesto que el parto entraña un indudable riesgo para el feto (5) se justifica plenamente un control clínico riguroso, y de contarse con suficientes recursos, de un control más exacto y estricto a través de técnicas biofísicas (fonocardiograma, electrocardiograma) o bioquímicas (estado ácido-básico).

De las variadas causas de muerte fetal intraparto encontradas por nosotros, puede aceptarse que muchas de ellas eran evitables, en particular cuando en su aparición intervino la iatrogenia. Las hiperdinamias por uso incorrecto de oxitócicos, las complicaciones del parto en pelvis, la ruptura uterina, son factores que con frecuencia tienen en el médico a su agente desencadenante. Po otra parte, es innegable que la maternidad suele pagar tributo en vidas fetales cuando se cumple en hospitales docentes. La delegación de funciones a personal de estudiantes sin una estricta supervisión, conduce a complicaciones y a fracasos, por error y omisión de los aprendices.

Como conclusión del estudio que hemos presentado, debemos manifestar que la prestación de servicios obstétricos para que sea eficiente, debe ser racional. No pueden esperarse buenos resultados si el aspecto cuantitativo prima sobre el cualitativo. Y en la calidad de la conducción del trabajo de parto y de la atención del parto mismo, radica en buena parte la culminación exitosa del embarazo. Por lo tanto, si no queremos que haya muertes fetales intrapartos, o por lo menos que su número no signifique mayor cosa dentro de la mortalidad perinatal, es necesario que el parto institucional esté rodeado de garantías.

RESUMEN

Se estudiaron en el Instituto Materno Infantil, de Bogotá, 125 casos consecutivos de muerte fetal intraparto.

Se encontró que las causas más frecuentes fueron las debidas a compromisos del cordón umbilical (28%), las enfermedades maternas (20.8%) incluyendo la toxemia gravídica (16.8%), las hiperdinamias uterinas por abuso de oxitócicos (8%), la infección amniótica (5.6%), el **abruptio pla-**

centae (4.8%), la ruptura uterina (4%), las complicaciones del parto en pelvis (4%), el trabajo de parto prolongado (5.6%). En un 12% de los casos no fue posible establecer el factor causante de la muerte.

En 106 oportunidades (84%) se consideró que las muertes fetales eran inevitables.

SUMMARY

125 consecutive cases of fetal intrapartum dead were studied in the Instituto Materno – Infantil of Bogotá.

We found the more frecuently causes were: unbilical cord pathology (28%), maternal diseases (20.8%), including toxaemia of pregnancy (16.8%), uterine dynamic hi peractivity due to abuse of oxitocic theraphy (8%), amniotic infection (5.6%), abruptio placentae (4.8%), rupture of uterus (4%), breech delivery complications (4%), prolongued labor (5.5%).

In 12% of cases, causal factors were unknown and in 106 cases (84%) fetal dead was considered inevitable.

BIBLIOGRAFIA

1. AGUERO, O.; ALLER, J. y CARDENAS, L. "Análisis de 1.000 mortinatos". Rev. de Obst. y Gin. de Venezuela 35: 387, 1975.

2. CARDENAS, A. "Informe sobre la actividad científica de la Clínica de Maternidad David Restrepo (1961 – 1971). Rev. Clínica David Restrepo 9:5 1974.

3. FITZGERALD, T.B. y CLIFT, A.D. "The foetal loss in pregnancy toxaemia'. Lancer 2:283, 1958.

4. GUTIERREZ, E. y ROA, J. "Mortalidad perinatal (1961-1971)". Rev. Clínica David Restrepo 9:57, 1974.

5. HON, E.H. "Vigilancia biofísica del feto durante el parto". Clin. Perinat. Marzo, 1974, pag. 149.

6. RODRIGUEZ, A. y cols. "Mortalidad perinatal. Estudio de muestreo". Rev. Colombiana de Obst. y Gin. 27:265, 1976.