



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA "DR. WITREMUNDO TORREALBA"
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
MARACAY ESTADO ARAGUA**



**FACTORES CLINICOS MATERNOS Y HALLAZGOS
ANATOMOPATOLOGICOS DE LOS OBITOS FETALES DE GESTANTES
INGRESADAS AL DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL
CENTRAL DE MARACAY EN EL PERIODO ENERO A OCTUBRE DEL AÑO
2014.**

Trabajo Especial de Grado para optar al título de Especialista en Ginecología y
Obstetricia.

Tutor: Dra. María Alejandra Alcalá

**Autor: Dr. Alixander Martínez
C.I: 17.609.009**

Maracay, Noviembre 2014.



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE ASUNTOS ESTUDIANTILES
SEDE ARAGUA



ACTA DE DISCUSIÓN **TRABAJO DE ESPECIALIZACIÓN**

En atención a lo dispuesto en los Artículos 127, 128, 137, 138 y 139 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, quienes suscribimos como Jurado designado por el Consejo de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, de acuerdo a lo previsto en el Artículo 29 literal "N" del citado Reglamento, para estudiar el Trabajo de Especialización titulado:

***"FACTORES CLÍNICOS MATERNOS Y HALLAZGO
ANATOMOPATOLOGICOS DE LOS ÓBITOS FETALES DE LAS GESTANTES
INGRESADAS AL DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL
CENTRAL DE MARACAY EN EL PERIODO ENERO A OCTUBRE DEL AÑO
2014"***

Presentado para optar al grado de **ESPECIALISTA EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA** por el aspirante:

MARTÍNEZ TOVAR ALIXANDER RAFAEL
C.I. 17.609.009

Habiendo examinado el Trabajo de Especialización presentado, decidimos que el mismo está



APROBADO

En Maracay, a los Veintidós días del mes de Noviembre del año Dos mil Catorce.

Dra. MARYELI MARTINEZ
C.I.: 13.132.741

Dra. DANIELA NEPI
C.I.: 10.549.270

Dra. YLSY GUEVARA
C.I.: 9.677.305

Gilda Marcano

"Democracia y Autonomía, garantía de presente y futuro Universitario"
Ejido Av. Leonardo Ruiz Pineda - La Morita - Edo. Aragua

FACTORES CLINICOS MATERNOS Y HALLAZGOS ANATOMOPATOLOGICOS DE LOS OBITOS FETALES DE GESTANTES INGRESADAS AL DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY EN EL PERIODO ENERO A OCTUBRE DEL AÑO 2014

Autor: Alixander Martínez

Tutor: María Alejandra Alcalá

RESUMEN

La muerte fetal, es uno de los resultados adversos más devastadores en la práctica obstétrica, su tasa de ocurrencia varía de acuerdo al país en razón a ello, se realiza este estudio el cual tiene como objetivo general: determinar los factores clínicos maternos y hallazgos anatomopatológico de los óbitos fetales de las gestantes ingresadas al departamento de obstetricia del Hospital Central de Maracay en el período Enero-Octubre 2014. La muestra está conformada por 44 pacientes escogidas totalmente al azar que cumplían con criterios de inclusión, entre los resultados se observó que la edad oscilaba entre 14 a 42 años con el 34,09%, con edad gestacional más frecuente entre las 29 y 37 semanas con 54,45%, la hipertensión arterial crónica con 11.36%, fue el antecedente patológico más frecuente, la preeclampsia la comorbilidad asociada más común con 18,8% y la RPM como causa ovular con 9,09%, la vía de interrupción que impero fue la vaginal con conducta de maduración cervical más inducción del trabajo de parto, el 81,8% tuvo control prenatal y este fue oportuno en el 56,81% solo al 22,73% se le practico necropsia siendo el hallazgo más común la hepatomegalia en el 100% seguido de la Hemorragia Subaracnoidea 70 %. Conclusiones, la mayor cantidad de muerte fetal ocurre en pacientes entre los 15 y 24 años de edad siendo estas primigestas la causa de muerte más frecuente fue de origen materno mediada por la preeclampsia, la mayoría cuenta con control prenatal, los hallazgos anatomopatológico más frecuentes son la hepatomegalia y la Hemorragia Subaracnoidea.

Descriptores claves: óbito fetal, factores clínicos, hallazgos anatomopatológico.

ABSTRACT

Stillbirth is one of the most devastating adverse outcomes in obstetric practice, their rate of occurrence varies from country to country because of this, this study whose general purpose is realized: to determine the maternal clinical factors and pathological findings of stillbirths in pregnant women admitted to the obstetrics department of Central Hospital of Maracay in the period January to October 2014. the sample was composed of 44 patients completely randomly chosen that met inclusion criteria , including the results it was observed that ages ranged from 14-42 years with the 34.09 % with most common gestational age between 29 and 37 weeks with 54.45 % , chronic hypertension with 11.36 % , was the most frequent medical record , preeclampsia comorbidity most common associated with 18.8 % and RPM as a cause ovulate 9.09% , the route of empire was the interruption behavior vaginal cervical ripening with more induction of labor , 81.8 % had prenatal care and this was appropriate in only 56.81 % to 22.73% I will practice the most common autopsy finding of hepatomegaly in 100% followed

by 70 % Subarachnoid Hemorrhage . Conclusions , as many fetal death occurs in patients between 15 and 24 years being these primigestas the most frequent cause of death was mediated maternal origin preeclampsia, most with prenatal care, the most frequent pathological findings are hepatomegaly and Subarachnoid Hemorrhage .

Key words: Stillbirth, clinical factors, pathologic findings.

INTRODUCCIÓN

La muerte fetal, es uno de los resultados adversos más devastadores en la práctica obstétrica, su tasa de ocurrencia varía de acuerdo al país, el 97% de las muertes fetales ocurren en países en desarrollo, siendo su prevalencia del 3% en comparación en países desarrollados; repercute negativamente en el ambiente familiar y de ahí, la necesidad de identificar los grupos de riesgo materno como medida importante e iniciar el desarrollo de planes de prevención. (1)

En este sentido, la muerte fetal, se define según la Organización mundial de la Salud (OMS), como aquella que ocurre después de las 22 semanas de gestación o con un peso fetal > 500 gramos cuando la edad gestacional no se conoce con precisión (1,2, 8). Anualmente se producen en todo el mundo 3,9 millones de muertes fetales, alrededor de uno a dos millones de muertes quedan sin cuantificar, especialmente en países con deficiente asistencia sanitaria. (2) En Estados Unidos ocurre en 7 por 1000 de todos los nacimientos. En algunos países africanos solamente a causa de la malaria se tienen tasas de mortalidad fetal de 40 por 1000 nacimientos (1). En Chile este problema tiene una frecuencia entre 7 a 10 por 1000 nacidos vivos y en Venezuela se reporta una tasa de 16,52 muertes fetales tardías por cada 1000 nacidos vivos. (1)

En este sentido, son muchos los factores asociados, existe una clasificación de factores de riesgo basada en tres grandes categorías: a) Macroambiente: señala la situación económica y cultural de la embarazada; b) Matroambiente: engloba todas las otras características de la madre, no incluidas en el macroambiente; y c) Microambiente: factores asociados al feto, placenta, cordón y líquido amniótico (4,5)

Por otra parte, los factores de riesgo para muerte fetal anteparto se pueden agrupar en tres grandes vertientes, entre los que destacan factores maternos (enfermedad hipertensiva, diabetes mellitus, lupus eritematoso sistémico, nefropatías, reducción de la perfusión útero-placentaria, enfermedades autoinmunes, trombofilias, trauma materno, infecciones sistémicas y locales, intoxicaciones maternas y estados de inmunosupresión); factores ovulares

placentarios (coriamnionitis, desprendimiento prematuro de placenta normoinsera, infarto placentario, entre otras) atribuibles al cordón umbilical (compresiones secundarias a nudos o circulares de cordón, rotura de vasos arteriales y trombosis de la arteria umbilical) y al líquido amniótico (ruptura prematura de membrana, oligohidramnios y polihidramnios); y factores fetales (malformaciones únicas o múltiples, bandas amnióticas, transfusiones feto-fetales, displasias esqueléticas y no esqueléticas, hidrops de causa inmunológica, alteraciones cromosómicas como síndrome de Down de Turner, (5,6,7)

Dentro de este ámbito de ideas, para precisar la etiología de la muerte fetal, se requiere del estudio anatomopatológico de la placenta y del feto. La relación entre los antecedentes maternos clínicos y de laboratorio con los hallazgos histopatológicos ayuda a conocer el origen del óbito fetal, cabe destacar, que habitualmente los estudios no consideran este análisis. (8)

En relación a los óbitos fetales, se pueden clasificar según la edad de gestación, en muertes fetales tempranas o difíciles de evitar (22 a 28 semanas de gestación) que corresponden a 50% de los óbitos, y tardías o potencialmente prevenibles mayor de 28 semanas. (8)

Una forma de abordar la aproximación etiológica del óbito es dividir u organizar la búsqueda en: a) estudios maternos: clínicos y de laboratorio; b) estudios feto-placentarios. El uso del contexto clínico y los hallazgos patológicos es clave para orientar la investigación posterior al término del embarazo. De igual manera, es absolutamente necesaria la investigación de las causas que llevaron a una muerte fetal a fin de prevenir su recurrencia en embarazos futuros y ayudar a afrontar esta difícil situación. (8)

En cuanto al parámetro de estudios maternos; clínicos y de laboratorio es preciso determinar la calidad del control prenatal, este se define como el conjunto de acciones médicas asistenciales, preventivas, diagnósticas y curativas, programadas por el equipo de salud con el objetivo de controlar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto, con la finalidad de disminuir los riesgos de este proceso fisiológico. La evaluación debe ser precoz,

inicial en el primer trimestre de la gestación, periódica, integral y de amplia cobertura, en esta primera visita se realiza anamnesis y evaluación general, estimación de la edad de gestación y fecha probable de parto, además se solicitan exámenes de rutina, hematología completa, urea, glicemia, creatinina, VDRL, VIH, heces, examen de orina, grupo sanguíneo y Rh. Antígeno de superficie de la hepatitis B. Serología para toxoplasmosis y rubéola (en caso de no haber recibido inmunización). En caso de Rh negativo: tipaje de la pareja, aglutininas anti Rh. De igual forma solicitar estudios ecográficos básicos y especiales que valore el tiempo de gestación la vitalidad embrionaria o fetal evaluando en estos marcadores para cromosomopatías durante los controles sucesivos. (9)

Valladares (2013), Pontevedra, España, analizo los factores etiopatogénicos maternos, fetales y placentarios, asociados a la muerte fetal intrauterina. Los hallazgos encontrados fueron los siguientes: De las gestantes estudiadas, 4 eran menores de 17 años y 19 mayores de 35 años, un 21,4% fumaban, el 60% tenía un IMC ≥ 25 kg/m² y el 18% no controlaron el embarazo. La patología materna predominante, fue la tiroidea, mientras que las patologías gestacionales principales fueron: diabetes gestacional, preeclampsia y amenaza de parto prematuro. Se realizó estudio anatomopatológico placentario en el 82% y necropsia en el 73% el porcentaje de causa desconocida. (3)

Así mismo, Rivas (2012), Cartagena-Colombia, estudio 39 muertes fetales. El 11,11% de los fetos tenían malformaciones estructurales, principalmente defectos del tubo neural. En cuanto a la causa de muerte, se encontró que la patología placentaria fue la causa primaria de óbito fetal, seguida de las enfermedades maternas como trastorno hipertensivos del embarazo. Por otro lado, la autopsia reveló la presencia de anomalías congénitas o evidencia de hipoxia aguda o crónica. (1)

En Venezuela, Rojas (2006) Carabobo, observo la incidencia y factores de riesgos asociados al óbito fetal, encontró 356 casos de óbito fetal y una tasa de mortalidad fetal tardía de 16,5/1000 nacidos vivos. La edad gestacional más frecuente en la cual ocurrió el óbito fue en las 28 semanas. De las embarazadas

estudiadas 23% tenía más de 35 años de edad; 31% fumó durante el embarazo; 48% presentaron infecciones maternas y 38% hipertensión arterial. Entre las causas según el origen se determinó; fetales 39% y ovulares 61%. Los principales factores de riesgo en este estudio fueron: infecciones maternas, hipertensión arterial y consumo de tabaco. (6)

En Aragua, Martínez (2006-2007), evaluó las causas de óbito fetal en 72 embarazadas con dicho diagnóstico, en el 70,83% la edad comprendía entre 12 y 28 años con más alto porcentaje de 36,11% entre 12 y 19 años. Entre las patologías maternas obstétricas; el 52.77 % presentó enfermedad hipertensiva del embarazo distribuida de la siguiente manera; preeclampsia grave (20.83%), hipertensión arterial crónica más preeclampsia grave sobreagregada (20.83%), preeclampsia leve (8.34%) y por último la eclampsia (2.27%), seguido del 34.72% con infecciones urinarias, además el 16.67 % de los casos cursó con infecciones vaginales, sólo 8.33% presentaron incompatibilidad sanguínea, el 5.56% desarrollo diabetes gestacional, Las principales causas de muerte fetal fue la materna en un 59,67%. Entre los reportes anatomopatológico en un 72.2% se encontró atelectasia pulmonar bilateral. Al 33,33% se les diagnosticó malformaciones fetales. Igualmente en un 55.5% se encontraron hemorragias de diferentes tipos siendo la más común la hemorragia subaracnoidea. (7)

Riveras (2013) Aragua, preciso los factores de riesgo asociados a muerte fetal anteparto en gestantes pre término, en cuanto la edad el 45% comprendía entre los 16 y 25 años. En cuanto a patologías asociadas, el 48% presentó infección urinaria, 41% hipertensión, 45% correspondió a pre eclampsia grave, 26% hipertensión crónica con preeclampsia sobreagregada, 21% hipertensión crónica y 8% preeclampsia leve, 34% infección vaginal, seguido de endocrinopatías 11% en solo 6 casos, de los cuales 67% fueron diabetes gestacional y 33% diabetes tipo 2. De igual forma se evidenció que el principal factor de riesgo asociado a muerte fetal anteparto fueron los de origen materno con 74.5 %. El principal factor de riesgo materno para muerte fetal anteparto, estuvo representado por el sobrepeso y la obesidad con un 57% del grupo de patologías asociadas a la gestación. (5)

Datos oficiales del sistema de registro y estadística del Hospital Central de Maracay demuestran un incremento significativo de la incidencia de muerte fetal de 65 casos en el año 2012 a 178 en 2013 representando esto una incidencia de 20 óbitos fetales por cada 1000 nacido vivos para el último año, por esto y lo antes expuesto además de considerar la importancia de esta entidad ya que se trata del accidente obstétrico más difícil de enfrentar tanto para el médico como para la familia, es necesario conocer los factores clínicos maternos y hallazgos anatomopatológico de los óbitos fetales, además que dicha investigación contribuirá con el diseño de posibles alternativas para crear herramientas de forma que se pueda evitar el óbito fetal, así como planear mejoras en el control prenatal de las instituciones públicas, por esta razón se plantea. Como objetivo general, determinar los factores clínicos maternos y hallazgos anatomopatológico de los óbitos fetales de las gestantes ingresadas al departamento de obstetricia del Hospital Central de Maracay en el periodo Enero-Octubre del año 2014. Determinar la edad materna, gestacional y la procedencia de las pacientes con diagnóstico de óbito fetal. Identificar los antecedentes obstétricos y hallazgos clínicos maternos. Describir la vía de interrupción y conducta obstétrica más frecuente. Comprobar las características del control prenatal. Precisar los hallazgos anatomopatológico encontrados en los óbitos fetales según el resultado de la respectiva autopsia de los productos que cumplen con criterios para este procedimiento.

MATERIALES Y MÉTODOS.

Este tratado, se ubica en una investigación de campo, descriptivo, prospectivo y de corte transversal, cuya población estuvo conformada por un total de 70 gestantes que ingresaron y presentaron diagnóstico de óbito fetal en el Servicio de Emergencia Obstétrica del Hospital Central de Maracay durante el período comprendido de Enero a Octubre del año 2014, las cuales cumplían con criterios de inclusión, edad gestacional mayor a 22 semanas con producto de la gestación mayor a 500gr y diagnóstico de óbito fetal. La muestra está conformada por 44 de ellas escogidas totalmente al azar, que representan el 63% del total registrado para la fecha en estudio; mediante ficha de recolección de datos identificada como instrumento, el cual fue previamente validado por 3 expertos,

se procedió a registrar la información obtenida de las historias clínicas analizando variables como: Edad materna, gestacional y procedencia, antecedentes obstétricos y hallazgos clínicos maternos, vía de interrupción y conducta obstétrica más frecuente, control prenatal, hallazgos anatomopatológico, tomando como apoyo los libros de informe de necropsia del servicio de anatomía patológica, posteriormente los datos recolectados fueron vaciados en una base de datos u hoja de cálculo de Microsoft Excel 2010 y analizados con procesador estadístico SPSS v15.0, para luego presentar los resultados mediante estadística descriptiva, expresada como frecuencia absoluta, proporción, promedio de las variables y su asociación, para la elaboración de tablas que permitieron su análisis y discusión.

RESULTADOS

Tabla 1: Edad materna, antecedentes obstétricos y edad gestacional en gestantes con diagnóstico de óbito fetal, Servicio de Obstetricia Hospital Central de Maracay, Enero -Octubre 2014.

Edad	F	%	Paridad	F	%	Edad Gestacional	F	%
< 15	1	2,27	1	19	43,2	22 a 28	15	34,09
15 A 24	25	56.82	2	12	27,3	29 a 37	24	54,46
25 A 34	15	34.09	>3	13	29,5	>37	5	11,36
>35	3	6.82						
Total	44	100,0	Total	44	100,0	Total	44	100,0

La edad de la muestra estudiada oscila entre 14 a 42 años, con una media de 24 años, siendo el grupo con mayor proporción las comprendida entre 15 a 24 años con el 56,82%. No obstante en cuanto al número de gesta, quien predomina es el grupo de las primigesta con el 43,2%, le siguen las multíparas o >3 gestas con el 29,5%. El intervalo de edad gestacional más frecuente en que ocurrió el óbito oscila entre las 29 y 37 semanas de gestación con un total de 24 pacientes lo que equivale al 54,46% de la muestra analizada, seguido del periodo de las 22 y 28 semanas con 34,09% y las pacientes con gestación a término con el 11,36%. La mayoría de ellas procedían del municipio Girardot con el 45,45% y Zamora con el 13,64%.

Tabla 2: Antecedentes patológicos en las Gestantes con diagnóstico de óbito fetal, Servicio de Obstetricia Hospital Central de Maracay, Enero -Octubre 2014

Antecedentes Patológicos	F	%
No presentan	35	79,55
HTA crónica	6	13,63
Diabetes	2	4,55
Linfoangioma gigante	1	2,27
Total	44	100,0

El 79,55% de las pacientes no presentaron antecedentes de importancia, dentro de los antecedentes patológicos previos el más relevante es la Hipertensión Arterial Crónica con el 13.63%, seguida de la presencia Diabetes Mellitus 4,55%.

Tabla 3: Principales comorbilidades asociadas a las gestantes con diagnostico de óbito fetal, Servicio de Obstetricia Hospital Central de Maracay, Enero -Octubre 2014

Comorbilidades	F	%
No	25	56,82
Si	19	43,18
Total	44	100,0
Maternas		
Pre eclampsia	8	18,18
Obesidad Grado II	3	6,82
ITU	3	6,82
Hellp	1	2,27
Ovulares	F	%
RPM	4	9,09
Oligoamnio severo	3	6,82
DPP	2	4,55
Placenta Previa	1	2,27
Fetales	F	%
Anencefalia	1	2,27

En solo el 43,18% de la muestra analizada se presentó comorbilidad asociada siendo la preeclampsia la más frecuente con el 18,18% correspondió a la causa de óbito fetal más frecuente de origen materno, de causa ovular la ruptura prematura de Membrana con el 9,09% y como única causa fetal la anencefalia con 2,27% de la muestra.

Tabla 4: Vía de interrupción y conducta obstétrica más frecuente en pacientes con diagnóstico de óbito fetal, Servicio de Obstetricia Hospital Central de Maracay, Enero -Octubre 2014.

Vía Interrupción	F	%
Cesárea	19	43,18
Vía Vaginal	25	56,82
Total	44	100
Conducta por Vía Vaginal	F	%
Maduración Cervical mas Inducción	15	60,0
Atención de Parto	9	36,0
Extra Hospitalaria	1	4,0
Total	25	100

La vía de resolución más frecuente fue la vía vaginal con el 56,82% de los casos, y la conducta obstétrica predominante fue la maduración cervical mas la inducción del trabajo de parto con el 60% de la muestra interpretada.

Tabla 5: Características del control prenatal de las pacientes con diagnóstico óbito fetal, Servicio de Obstetricia Hospital Central de Maracay, Enero -Octubre 2014.

	CONTROL PRENATAL		OPORTUNO		ECOS ESPECIALES	
	F	%	F	%	F	%
NO	8	18,2	19	43,18	29	65,91
SI	36	81,8	25	56,81	15	34,09

Al examinar los resultados se evidencia que en el 81,8% si contaron con control prenatal, siendo oportuno sólo en el 56,82%, el 65,91% de la muestra no

realizó ecos perinatales y en su gran mayoría fue ejecutado en instituciones públicas en un (61,36%).

Tabla 6: Distribución de género, ejecución de autopsia y condición de los productos de gestantes con diagnóstico de óbito fetal, Servicio de Obstetricia Hospital Central de Maracay, Enero –Octubre 2014

Autopsia Producto	F	%	Genero	F	%	Condición	F	%
NO	34	77,27	F	20	45,5	No Macerado	28	61,36
SI	10	22,73	M	24	54,5	Macerado	16	36,6
Total	44	100,0	Total	44	100,0	Total	44	100,0

Teniendo en cuenta que sólo a un 22,73% de los productos se les realizó autopsia aún cuando en su mayoría no se encontraban macerados, se observa pequeña diferencia en cuanto al género, con un 9% a favor del género masculino, refiriéndose a el peso, éste osciló entre 550 a 4400 gramos, siendo la media de 1613 gramos.

Tabla 7: Hallazgo anatomopatológico en los productos de gestantes con diagnóstico de óbito fetal, Servicio de Obstetricia Hospital Central de Maracay, Enero -Octubre 2014.

Hallazgo Anatomopatologicos	F	%
Hepatomegalia	10	100
Hemorragia subaracnoidea	7	70
Atelectsia bilateral	6	60
Anencefalia	1	10
Hemorragia epidural extensa	1	10
Congestión pulmonar	1	10
Hemorragia interventricular cerebral	1	10
Hemorragia pulmonar	1	10
Hipoplasia pulmonar	1	10
Hemorragia gastrointestinal	1	10
Hematoma hepático	1	10
Hemopericardio	1	10

De los productos a los que se les realizó autopsia, el informe médico reportó que en el 100% de los casos se encontró hepatomegalia, seguido en un 70 % por Hemorragia Subaracnoidea y Atelectasia Pulmonar en 60% de los mismos.

DISCUSIÓN, CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES.

Con relación a la edad y procedencia, se determinó que esta oscilaba entre 14 a 42 años, con un promedio de 24 años y que en su mayoría procedían del municipio Girardot y la edad gestacional de ocurrencia del óbito correspondía al periodo entre las 29 y 37 semanas lo que tiene relación con Riveras, quien preciso que la edad materna susceptible estaba entre los 16 y 25 años y además procedían de la localidad con edad gestacional entre las 29 semanas, evidenciando de igual forma similitud con Martínez, que determino que la edad se encontraba entre 12 y 28 años, a diferencia del estudio realizado por Rojas, en donde la mayor población afectada estuvo comprendida por pacientes mayores a 35 años . En cuanto a la paridad se observó que el óbito fetal se presenta con más frecuencia en pacientes primigestas seguidas de las multíparas mayores a 3 gestas, resultados distintos a los de Riveras quien evidencio que eran las paciente segunda gesta la que con mayor frecuencia presentaban diagnóstico de óbito fetal. (5,6,7)

Ya que la mayoría de las muertes fetales ocurren en pacientes adolescentes y adultos jóvenes es necesario desarrollar en conjunto con las autoridades sanitarias y de educación planes y herramientas informativas con la finalidad de que se haga saber a la población en todos su estratos sobre lo que significa un embarazo y la responsabilidad que implica el mismo, además es necesario reforzar las consulta de control prenatal haciendo énfasis en la pacientes primigestas, especialmente en las juveniles, haciéndole saber las posibles situaciones y el impacto en la esfera psicológica que desencadenaría un diagnóstico de óbito fetal.

En cuanto a los antecedentes patológicos se observó que la Hipertensión Arterial Crónica y la Diabetes Mellitus se presentaron con mayor frecuencia, diferente a lo observado por Valladares quien afirma que son las patologías tiroideas las más frecuentes, más si guardan semejanza con Riveras, quien observo que existía presencia de ésta dupla de patologías en sus pacientes estudiadas, en este mismo orden de ideas existe similitud con los resultados de Rojas, quien argumenta de que la hipertensión Arterial es factor de riesgo para óbito fetal, pudiendo esto estar relacionado al mal seguimiento que tienen las pacientes en el puerperio debido a que en nuestra institución no se cuenta con consulta de control post natal y el importante número de pacientes que ingresan con trastornos hipertensivos no cumplen con un protocolo de seguimiento luego de su egreso. (3,5,6)

Es necesario crear consultas de control post natal, realizar en el puerperio la evaluación necesaria de las pacientes que presentaron trastornos hipertensivos durante el embarazo de forma que se evite la hipertensión arterial crónica como consecuencia del mal manejo post natal, además es preciso fortalecer la red ambulatoria, realizar educación médica continua de forma de que el personal médico y de enfermería tengan en cuenta las patologías más frecuentes en el embarazo y las complicaciones tanto maternas como fetales, a su vez es indispensable hacerle saber a la gestante de los signos de alarma e importancia de acudir a la consulta prenatal y post natal

Teniendo en cuenta de que solo el 43% de las pacientes presentaron comorbilidades asociadas, y que en su mayoría estuvo relacionada con causas de origen materno (preeclampsia), estos hallazgos se relacionan con los de Valladares donde expresa de que entre la patología materna más frecuente se encuentra la preeclampsia, así mismo Rivas, concluye de que eran los trastornos hipertensivos causa predisponente a óbitos fetales, de igual forma Riveras, precisa de que es la preeclampsia grave y la preeclampsia leve así como la hipertensión arterial crónica se encontraban entre las principales patologías asociadas, en este mismo orden de ideas, Martínez, afirma de que en la patología obstétricas asociadas con más frecuencia se encuentran los trastornos

hipertensivos del embarazo siendo la causa más frecuente de muerte fetal la de origen materno.(1,3,5,7)

Realizar un adecuado control prenatal contribuiría con la disminución de las comorbilidades o patologías asociadas al embarazo, es necesario fomentar y hacer ahínco en que durante el control prenatal es indispensable realizar las pesquisas pertinentes para descartar infección urinaria, diabetes, hipertensión arterial crónica y preeclampsia en los casos más complejos.

En cuanto a la vía de interrupción y la conducta obstétrica más frecuente en pacientes con diagnóstico de óbito fetal se observó que imperó la vía vaginal como vía de interrupción, predominando la maduración cervical más inducción del trabajo de parto en conducta obstétrica a seguir.

Es preciso que se tenga en cuenta en los centros de salud que la vía ideal para interrupción de un óbito fetal es la vía vaginal, disminuir el número de cesáreas en esta entidad clínica evitara la inferiorización uterina, lograra disminuir la estancia de la paciente en el área de hospitalización, su recuperación será oportuna y el número de complicaciones menores además que los costos institucionales se verán reducidos.

En análisis al control prenatal se determinó que aunque el 81% de las pacientes contaron con control prenatal, el inicio del mismo fue oportuno solo en un poco más del 50% de la muestra estudiada, la mayoría no contaron con los parámetros necesarios señalados en los protocolos actuales de salud, ya que se pudo observar que los controles no disponían de las pruebas de laboratorio básicas además de estudios ecográficos especiales siendo estos de alto valor predictivo de malformaciones fetales, la mayor parte de los casos fueron llevados en instituciones públicas, probablemente la falta de equipos y el personal humano necesarios para realizar pruebas de laboratorios como estudios ecográficos en los centros públicos de salud es la razón por la cual el control prenatal de estas pacientes carece de parámetros para aseverar que fueron adecuados, por lo cual se puede afirmar que el control prenatal tiene influencia significativa como factor de riesgo para muerte fetal anteparto (9)

Insistir en el inicio precoz del control prenatal en todos los niveles de atención de salud es necesario para disminuir significativamente la tasa de mortalidad fetal, reiterarle a la paciente la importancia de esta consulta y la continuidad que amerita durante todo el embarazo, además de la necesidad de realizar las pruebas de laboratorios y estudios ecográficos según sea la edad gestacional, el estado debe aportar tecnología de punta de forma de que el diagnóstico del embarazo y por consiguiente el control puedan ser oportunos y eficiente, equipar las unidades de alto riesgo obstétrico no solo de tecnología sino también de personal humano capacitado para dar con el diagnóstico de malformaciones fetales, mediante la práctica de cariotipo fetal y estudios ecográficos de alto de alto nivel.

En relación a los hallazgos anatomopatológicos, solo al 22% de los productos se le practico necropsia, aunque el Servicio de Anatomía Patología del Hospital Central de Maracay toma como criterio la condición del feto en cuanto al estado de descomposición, la mayoría de éstos no estaban macerados y sin embargo no se le realizó este procedimiento motivado a que cierto número de fetos que no cumplen con el peso mínimo necesario, la negación del familiar a tal procedimiento y el abandono del producto en la morgue son alguna de las limitantes para que se practiquen las respectivas necropsias, de igual forma se observó que la diferencia entre sexos es mínima y que el peso promedio de los fetos fue de 1600gr; entre los principales hallazgos anatomopatológicos se destaca que en todos los caso hubo presencia de hepatomegalia, seguida de distintas hemorragias con más frecuencia la hemorragia subaracnoidea y la atelectasia pulmonar; siendo estos resultados semejantes a los encontrados por Martínez, donde observo que la mayoría de los fetos presentaron atelectasia pulmonar y hemorragia subaracnoidea, a diferencia de Valladares quien afirmo que en el 73% de las muertes fueron de causa desconocidas, de igual forma Rivas, preciso que la mayoría de las muertes se debían a hipoxia aguda o crónica y anomalías congénitas, por no disponer de reactivos no se realizan estudio histológico de feto placenta y anexos en el Servicio de Anatomía Patología. Motivado a que solo fue al 22% de la muestra que se le practico autopsia y que los hallazgos descritos como hepatomegalia y hemorragia subaracnoidea son

propios tanto del traumatismo producido en el canal de parto como del proceso natural de descomposición de organismo no se coteja esta variable con las comorbilidades asociadas. (1,3,7)

Es necesario reiterar la importancia de las necropsias y los estudios histopatológicos del feto, placenta y anexos para esto es oportuno crear un plan de acción con los pasos a seguir al momento de presentarse un óbito fetal, instar al personal médico en la adecuada realización de la historia clínica hacer hincapié en antecedentes, comorbilidades asociadas, incluso describir los hallazgos operatorios y de nota de parto, de forma que no se escapen detalles importantes que puedan orientar al diagnóstico del óbito en investigaciones anteriores se acoto de que era necesario hacer cambios en el servicio de anatomía patológica, en cuanto a la forma de reportar las necropsias, se reiteró la importancia del estudio histológico del feto placenta y anexos, a pesar de estas sugerencias la forma de evaluación del producto y el tipo de informe de resultados de las necropsias sigue siendo el mismo, por ende es indispensable equipar nuestros Servicios de Anatomía Patológicas con los reactivos necesarios y el personal humano además de desarrollar en conjunto con el Departamento de Obstetricia pautas específicas de inclusión a procedimiento de necropsia para que todo producto con criterios de inclusión sea evaluado y estudiado con fin de dar con la causa de la muerte. (7)

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Rivas, E. y Vásquez, D. (2012) Óbito fetal: hallazgos de patología en una institución de alta complejidad. Cartagena, Colombia, 2010-2011. Artículo en línea, disponible en: www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74342012000400009.
2. Valladares, Z. García, V. Bujan V. Gouceiro, E. López, C. (2013) Muerte fetal intrauterina: ¿podemos actuar en su prevención?. Artículo en línea, disponible en: www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-5262013000600002&script.
3. Rivas, E. (2013) Riesgo de muerte fetal por grupos etarios en una clínica universitaria en Cartagena, Colombia.
4. Vogelmann, R. Sánchez Sartori, M y Speciale, J. (2008) Muerte fetal intrauterina. Documento en línea, disponible en: med.unne.edu.ar/revista/revista188/4_188.pdf
5. Riveras, J. (2013) Factores de riesgo asociados a muerte fetal anteparto en gestantes pretérmino que ingresan a la emergencia obstétrica Hospital Central de Maracay. Enero - julio 2013. Trabajo Especial de Grado para optar al título de Especialista en Ginecología y Obstetricia.
6. Rojas, E. Salas, K. Oviedo, G. y PLenzy k P. (2006) Incidencia y factores de riesgos asociados al óbito fetal en dos hospitales Venezolanos. Rev. chil. obstet. ginecol. v.71 n.1 Santiago 2006. Artículo disponible en: kwww.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717
7. Martínez, M. (2006-2007) Causas de óbito fetal en las embarazadas atendidas en el servicio de emergencia obstétrica del Hospital Central de Maracay durante el período septiembre 2006 a septiembre 2007. Tesis para optar al título de Médico especialista en gineco-obstetricia.
8. Molina, S. y Alfonso, D./2010) Muerte fetal anteparto:¿es una condición prevenible?. Univ. Méd. Bogotá (Colombia), (51 (1): 59-73, enero-marzo, 2010. Documento en línea, disponible en: med.javeriana.edu.co/publi/.../Muerte%20fetal%20Pág.%2059-73.pdf
9. Ministerio del Poder Popular Para la Salud (2012) Protocolos de atención Cuidados prenatales y atención obstétrica de emergencia.

10. Pavón, P. (2010) Metodología de la investigación II. Universidad Veracruzana Instituto de ciencias de la salud. Xalapa- México. Disponible en línea a través de: sapp.uv.mx/univirtual/especialidadesmedicas/mi2/.../Diseñosde...pd