



ACTA DE DISCUSIÓN DE TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

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 135 del citado Reglamento, para estudiar el Trabajo Especial de Grado titulado:

HALLAZGOS SOCIO-EPIDEMIOLÓGICOS CLÍNICOS Y ANATOMOPATOLÓGICOS EN GESTANTES CON DIAGNÓSTICOS ECOGRÁFICOS DE FETO MUERTO RETENIDO ENTRE 9 - 22 SEMANAS QUE INGRESAN PARA EVACUACIÓN UTERINA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA.

Presentado para optar al grado de **Especialista en Obstetricia y Ginecología** por el (la) aspirante:

HERNANDEZ O., RANDY J.
C.I. V – 18435751

Habiendo examinado el Trabajo presentado, bajo la tutoría del profesor(a): Mario José Muñoz S. C.I. 4453756, decidimos que el mismo está **APROBADO** .

Acta que se expide en valencia, en fecha: **31/10/2017**


Prof. **Migdalia Medina** (Pdte)

C.I.

Fecha

2044821

31-10-2017


Prof. **Gonzalo Medina**

C.I. 4838917

Fecha 31-10-17


Prof. **Rosa Alba Cardozo**

C.I. 5494332

Fecha 31/10/2017

TG: 59-17



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**



**HOSPITAL UNIVERSITARIO Dr. ÁNGEL LARRALDE
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

**HALLAZGOS SOCIO-EPIDEMIOLÓGICOS, CLÍNICOS Y
ANATOMOPATOLÓGICOS EN GESTANTES CON DIAGNÓSTICO
ECOGRÁFICO DE FETO MUERTO RETENIDO ENTRE 9 – 22 SEMANAS QUE
INGRESAN PARA EVACUACIÓN UTERINA EN EL SERVICIO DE
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA.**

AUTOR: Dr Randy Hernández Oicata V-18435751

OCTUBRE, 2017



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**



**HOSPITAL UNIVERSITARIO Dr. ÁNGEL LARRALDE
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

**HALLAZGOS SOCIO-EPIDEMIOLÓGICOS, CLÍNICOS Y
ANATOMOPATOLÓGICOS EN GESTANTES CON DIAGNÓSTICO
ECOGRAFICO DE FETO MUERTO RETENIDO ENTRE 9 – 22 SEMANAS QUE
INGRESAN PARA EVACUACIÓN UTERINA EN EL SERVICIO DE
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA.**

Trabajo especial de Grado presentado para optar al título de Especialista en
Ginecología y Obstetricia

**AUTOR: Dr Randy Hernández Oicata
TUTOR METODOLÓGICO: Dr Lino Rada
TUTOR CLÍNICO: Dr Mario Muñoz**

OCTUBRE, 2017



ACTA DE DISCUSIÓN DE TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

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 135 del citado Reglamento, para estudiar el Trabajo Especial de Grado titulado:

HALLAZGOS SOCIO-EPIDEMIOLÓGICOS CLÍNICOS Y ANATOMOPATOLÓGICOS EN GESTANTES CON DIAGNÓSTICOS ECOGRÁFICOS DE FETO MUERTO RETENIDO ENTRE 9 - 22 SEMANAS QUE INGRESAN PARA EVACUACIÓN UTERINA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA.

Presentado para optar al grado de **Especialista en Obstetricia y Ginecología** por el (la) aspirante:

HERNANDEZ O., RANDY J.
C.I. V – 18435751

Habiendo examinado el Trabajo presentado, bajo la tutoría del profesor(a): Mario José Muñoz S. C.I. 4453756, decidimos que el mismo está **APROBADO** .

Acta que se expide en valencia, en fecha: **31/10/2017**


Prof. **Migdalia Medina** (Pdte)

C.I.

Fecha

2044821

31-10-2017


Prof. **Gonzalo Medina**

C.I. 4833917

Fecha 31-10-17


Prof. **Rosa Alba Cardozo**

C.I. 5494337

Fecha 31/10/2017

TG: 59-17



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL UNIVERSITARIO Dr. ÁNGEL LARRALDE
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

**HALLAZGOS SOCIO-EPIDEMIOLÓGICOS, CLÍNICOS Y ANATOMOPATOLÓGICOS
EN GESTANTES CON DIAGNÓSTICO ECOGRÁFICO DE FETO MUERTO RETENIDO
ENTRE 9 – 22 SEMANAS QUE INGRESAN PARA EVACUACIÓN UTERINA EN EL
SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA.**

AUTOR: Dr Randy Hernández Oicata
TUTOR METODOLÓGICO: Dr Lino Rada
TUTOR CLÍNICO: Dr Mario Muñoz
JUNIO, 2016.

RESUMEN

La muerte fetal intrauterina es una de las complicaciones más trágicas y difíciles de enfrentar en la práctica obstétrica diaria. Ocurre con una frecuencia de aproximadamente 6 casos por cada 1000 nacidos vivos, y es responsable de la mitad de las muertes perinatales. **Objetivo General:** Analizar las causas de feto muerto retenido en las embarazadas atendidas en el servicio de emergencia obstétrica del Hospital Universitario Dr Ángel Larralde del estado Carabobo durante el período 2016 a septiembre 2017. **Metodología:** Se hizo un estudio observacional, descriptivo, con un diseño no experimental, de campo y transversal. La muestra estuvo representada por 18 embarazadas que consultaron a la emergencia obstétrica en el período 2016-2017 con diagnóstico de feto muerto retenido a través de ecografía con edad gestacional entre 9 a 22 semanas y/o con peso fetal menor a 500grs. La información se recopiló mediante el interrogatorio y el estudio anatomopatológico y como instrumento se diseñó una ficha de registro. Los resultados se presentaron en distribuciones de frecuencias. **Resultados:** Se registró una edad promedio de 23,11 años \pm 0,95, siendo más frecuentes aquellas gestantes con edad entre 21 y 25 años (8 casos). Según la fecha de última regla se registró una edad gestacional con una mediana de 12,5 semanas. Según la ecografía la edad gestacional registró una mediana de 13,5 semanas. Predominaron aquellas gestantes con II gestas (66,67%). Fueron más frecuentes aquellas gestantes con control precoz (88,89%= 16 casos). Ninguna de las gestantes refirió antecedente de muerte fetal. Predominó el cordón umbilical simple (17 casos). Todas presentaron evacuación uterina espontánea (18 casos) y la revisión uterina se hizo mayormente por tacto vaginal (14 casos). El sexo fetal predominante fue el masculino (83,33%). Se registró un promedio de talla fetal de 14,89 cm \pm 1,42. El peso fetal registró un promedio de 83,86 grs \pm 25,77. La mortalidad fetal fue predominantemente precoz (100%= 18 casos). Entre los hallazgos macroscópicos más frecuentes se encuentran: autolisis severa en pulmones (11 casos); autolisis acentuada en corazón (9 casos) y autolisis severa en riñones (9 casos). En cuanto a los hallazgos microscópicos predominaron la autolisis severa (12 casos); la inmadurez acentuada (11 casos) y como otros hallazgos la presencia de coágulo hemático retroplacentario (2 casos) y déficit de fijación (1 caso). Todos los fetos estaban sin malformaciones externas e internas (18 casos).

Palabras Clave: feto muerto retenido, embarazadas, hallazgos anatomopatológicos.



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL UNIVERSITARIO Dr. ÁNGEL LARRALDE
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

SOCIO-EPIDEMIOLOGICAL, CLINICAL AND PATHOLOGICAL FINDINGS IN
PREGNANT WOMEN WITH ULTRASOUND DIAGNOSTIC OF RETAINED DEAD
FETUS BETWEEN 9 - 22 WEEKS THAT ENTER FOR UTERINE EVACUATION IN THE
SERVICE OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS.

AUTHOR: Dr Randy Hernández Oicata
TUTOR METODOLOGIC: Dr Lino Rada
TUTOR CLÍNICO: Dr Mario Muñoz
JUNIO, 2016.

ABSTRACT

Intrauterine fetal death is one of the most tragic and difficult to face complications in the daily practice of obstetric. It occurs with a frequency of approximately 6 cases per 1000 live births, and is responsible for a half of perinatal deaths. **General Objective:** To analyze the causes of retained dead fetus in pregnant women served in the obstetric University Hospital Dr Angel Larralde of Carabobo state emergency service during the period 2016 September 2017. **Methodology:** It was made an observational study, descriptive, not experimental design, field and cross-sectional. The sample was represented by 18 pregnant that looked at the period 2016-2017 obstetric emergency with diagnosis of retained dead fetus through ultrasound with between 9 to 22 weeks gestational age or with less than 500grs fetal weight. Information was collected through the interrogation and the anatomopathological study and a registration form was designed as a tool. The results were presented in frequency distributions. **Results:** There was an age average of 23.11 years \pm 0.95, being more frequent those pregnant women with age between 21 and 25 years (8 cases). According to the date of the last rule was recorded with a median of 12.5 weeks gestational age. According to ultrasonography the gestational age recorded an average of 13.5 weeks. Those pregnant with II feats predominated (66.67%). Those pregnant women were more common with early control (88.89% = 16 cases). None of the pregnant women referred history of fetal death. There was a predominance of simple umbilical cord (17 cases). All showed spontaneous uterine evacuation (18 cases) and uterine review was mostly done by vaginal tact (14 cases). The predominantly fetal sex was male (83.33%). An average of fetal size of 14.89 \pm 1.42 cm were recorded. Fetal weight averaged 83.86 grs \pm 25.77. Fetal mortality was predominantly early (100% = 18 cases). The most common macroscopic findings include: severe autolysis in lungs (11 cases); accentuated autolysis in heart (9 cases) and severe autolysis in kidneys (9 cases). In terms of the microscopic findings predominated the severe autolysis (12 cases); pronounced immaturity (11 cases) and as other finds the presence of retroplacental blood clot (2 cases) and deficit of fixation (1 case). All fetuses were without internal and external malformations (18 cases).

Key words: Retained dead fetus, pregnant, anatomopatologic finds.

INTRODUCCIÓN

El embarazo o gravidez (de grávido, y este del latín *gravīdus*) representa el período que transcurre entre la implantación del cigoto en el útero, hasta el momento del parto, en cuanto a los significativos cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto. ¹ El término gestación hace referencia a los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno. En teoría, la gestación es del feto y el embarazo es de la mujer, aunque en la práctica muchas personas utilizan ambos términos como sinónimos. ²

Diversos factores aumentan la posibilidad de que una mujer tenga un embarazo de riesgo; es de destacar que la gestante es vulnerable ante múltiples factores que pueden afectar el curso normal del embarazo tales como enfermedades sistémicas crónicas, exposición ambiental, malnutrición, hábitos psicobiológicos, factores genéticos, es por ello que se debe garantizar la vitalidad fetal tras la identificación de pulsaciones cardíacas fetales separadas y distintas de las de la madre lo que asegura el diagnóstico del embarazo. ³

Es así que un adecuado control del embarazo una vez detectado a partir del primer trimestre podrá determinar de manera precoz y tratar los riesgos del mismo, sin embargo, a pesar de ser controlados en múltiples ocasiones se encuentra que el embarazo ha detenido su curso en crecimiento y desarrollo fetal al identificar ecográficamente la ausencia de la frecuencia cardíaca fetal, he aquí la aparición de la complicación más temida durante el embarazo, se encuentra el feto muerto retenido, también llamado muerte fetal intrauterina. Definida por la Organización Mundial de la Salud en el año 2003 como la muerte previa a la extracción o expulsión del producto de la gestación precoz antes de la semana 22 y con peso menor a 500gr. ⁴

Desde la era griega se describieron los nacimientos de fetos muertos, el primero fue Hipócrates, sin embargo el campo de la obstetricia era un mundo innavegable y poco estudiado, para esa época a las enfermedades se le englobaban sólo en 4 grupos, las causas de muerte fetal se relacionaban a culpas parentales y la mujer era degradada por su infortunio. Las causas de muerte fetal han ido cambiando desde el pasado siglo. La sífilis que era una causa importante al principio de la centuria anterior, ha sido eliminada como tal, otros como la eritroblastosis fetal y la diabetes sacarina se han reducido en grados muy manifiestos mientras que los accidentes del cordón han permanecido igual durante decenios.²

En el siglo XIX las tasas de muerte materna como consecuencia de óbitos fetales eran altísimas, puesto que no existían métodos diagnósticos fidedignos que permitieran dar con exactitud con la vitalidad fetal. Cuando se inventó la radiología fue un boom para la época ya que permitía no sólo observar el interior de la madre sino también del feto. Poco después se descubrió las repercusiones de los rayos x sobre el feto y que contribuía más aún a las muertes fetales.

Otras causas más recientemente reconocidas, son los anticuerpos antifosfolipídicos. El primero que se publicó en 1975, en una joven paciente, tenía antecedente de tres muertes intraútero consecutivas en el segundo y tercer trimestre, luego se le detectó anticoagulante lúpico en la sangre, y ya en el año 1980 se definió como síndrome antifosfolípidos. Debido a los avances obstétricos (ecografía, test de reactividad fetal, perfil biofísico) en la actualidad, la muerte fetal se ha reducido pero aún quedan cifras estancadas que quizá con estudios más exhaustivos podría ayudarse a disminuir.⁵

Entre los países miembros de la Organización Mundial de la Salud la tasa de mortalidad fetal estimada es de 24 por cada 1.000 nacidos lo que se traduce en 3,328 millones de muertos; de ellos, 1,1 millones fueron muertes intraparto (33%) y 2,23 (66,66%) fueron anteparto. En América Latina la morbilidad perinatal revela cifras tendientes al incremento, de tal manera que la mortalidad infantil es tres

veces más alta que en América del norte, pero es más baja que en África y Asia. Además las tasas de muerte fetal reportadas van desde 5 por mil nacidos en los países desarrollados hasta 30 por mil nacidos en los países en vías de desarrollo. en Chile y Estados Unidos tienen la tasa de mortalidad fetal tardía entre 7-10 por 1000 nacidos vivos, mientras que Nicaragua presenta una tasa de óbito fetal de 6,25 en el 2003. ⁴

En Venezuela para 1999 fue de 11,9 por 1000 nacidos vivos; las cifras son mayores en el Hospital Prince Lara, estado Carabobo donde la tasa de mortandad fue de 21 por 1000 nacidos vivos; cifras que pudieran considerarse elevadas comparadas con otras naciones. En algunos países estas cifras se han reducido en forma progresiva, fundamentalmente a expensas de aquellas causas que dependen del manejo apropiado del embarazo de alto riesgo. ⁶

La etiopatogenia se ha relacionado con muchas causas entre ellas: maternas, fetales y ovulares. Entre los principales factores asociados a la muerte fetal por enfermedades maternas están la hipertensión en el embarazo, infección urinaria, diabetes mellitus, lupus eritematoso sistémico, edad materna extrema, nuliparidad, pérdidas fetales anteriores, tabaquismo, sensibilización RH, falta de control prenatal y traumatismos, entre otros; en cuanto a las causas fetales están las malformaciones, anomalías cromosómicas fetales, crecimiento fetal restringido, entre otros; y entre las ovulares se encuentran las relacionadas con las patologías del líquido amniótico, placentarias y funiculares. ^{7,8}

Los factores de riesgo se traducen en Factores sociales y ambientales como el nivel socioeconómico, estado civil, Intervalo intergenésico corto (menor a 6 meses), alcoholismo y uso de drogas, malnutrición, HTA, Diabetes mellitus, enfermedades renales y tiroideas, inmunosupresión y toda patología que curse con la gestación como causas maternas, ^{4,6,8-13} asistencia médica prenatal deficiente e inadecuada asistencia médica desde el comienzo del embarazo. ^{3,14,15}

Los Factores biológicos serían la edad materna, paridad, antecedentes de muerte

fetal o perinatal anterior ¹⁶; factores fetales como el crecimiento fetal, la gestación múltiple, malformaciones fetales ^{4,6,12}; factores placentarios como la corioamniotitis, oligohidramnios en ausencia de ruptura de membranas y anomalías del cordón umbilical. ¹¹

En cuanto al diagnóstico de muerte fetal, suele sospecharse durante la consulta médica y confirmarse con los estudios complementarios. ^{3,15,16} Respecto a la conducta a seguir, una vez realizado el diagnóstico de certeza se debe proceder a la evacuación del útero. ^{2,17,18} Es conveniente esperar el inicio espontáneo del trabajo de parto. Se evaluará el estado de coagulación, incluyendo fibrinógeno total, pdf y hemograma completo para verificar hemoglobina, glóbulos blancos y recuento de plaquetas ya que por el ingreso a la circulación materna de sustancias tromboplásticas del feto muerto y decidua, producen coagulopatía por consumo.

Una vez producida la evacuación del feto será importante evaluar los grados de maceración fetal, de acuerdo con la permanencia en el útero, cuyas etapas de maceración son: el primer signo macroscópico de autólisis se presenta pasadas las seis horas postmortem y consiste en esfácelo (epidermolisis o despegamiento de la piel). Después de las 12 horas postmortem, la esfacelación incluye cara, abdomen y espalda en pequeñas áreas. Cuando la esfacelación ha alcanzado el 5% o más de superficie corporal total, puede decirse que han transcurrido más de 18 horas de postmortem. A las veinticuatro horas postmortem, aparecen vesículas subepidérmicas llenas de fluidos (bulas), de bordes anémicos. diferentes de las producidas por infecciones por la ausencia de bordes hiperémicos, la ruptura de las ampollas deja, a menudo, grandes zonas de piel al descubierto, malinterpretadas como quemadura por líquido caliente. La hemólisis le da al tejido una coloración rojiza- violeta. Después de cinco días de postmortem, el cerebro muestra consistencia semilíquida; hay separación de suturas craneales y aparece cabalgamiento óseo. A partir de los siete días postmortem, aparece laxitud de tejidos blandos periarticulares con un aspecto como de desarticulación. A las 2 semanas hay destrucción de glóbulos rojos e infiltración de vísceras y de las

cavidades pleurales y peritoneales, la placenta y cordón sufren la misma transformación, adquiriendo un color achocolatado. En casos de maceración se hace casi imposible realizar estudios anatomopatológicos de los mismos por tal razón los estudios son pocos al respecto.^{9,19}

Las clasificaciones pueden ser varias, de acuerdo con el interés del investigador que estudie la mortalidad perinatal; las más utilizadas son las anatómicas y clínico patológicas. En las clasificaciones anatomopatológicas se analiza el hallazgo en la necropsia que se considera la causa principal o directa de la muerte del feto o del recién nacido. Mientras que las clasificaciones clinicopatológicas (Aberdeen, Quebec y otras) abarcan no solo el hallazgo de la autopsia, sino también la causa primaria presente en la madre y que probablemente desencadenó la cadena de hechos que terminaron en la muerte del feto.^{19,20}

En el país, hay autores que han publicado sobre esta entidad fatídica, la cual ha sido señalada como de obligado estudio y seguimiento por las autoridades de salud mundial, regional y local. No obstante, instituciones científicas como la Federación Internacional de Obstetricia y Ginecología, Federación Latinoamericana de Obstetricia y Ginecología, inclusive la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela manifiestan que rara vez existe un estudio completo que permita responder las interrogantes que esta complicación plantea. Igualmente Who Neonatal And Perinatal Mortality Country, Regional And Global Estimates, revelan que los datos de muerte fetal tienen mayor subregistro entre 20 y 40% que las muertes acaecidas después del nacimiento con un 10-30%, lo que hace difícil determinar las posibles causas que podrían desencadenar la muerte intrauterina.²¹

Puede ser aún más dramática la situación, pues esta patología suele tener eventos recurrentes. La principal razón la explican autores de que existe desconocimiento de las causas, precisar la etiología requiere de estudio anatomoclínico de la placenta y del feto, en la mayoría de los estudios esta

información no existe o está incompleta, y su relación entre los antecedentes maternos clínicos con los hallazgos histopatológicos es parcial, lo que no ayuda a conocer el origen del óbito fetal.⁷

En relación a investigaciones en el área, Lee investigó la mortalidad perinatal en un hospital de segundo nivel de atención: hospital general del seguro social de zona 11, realizado en ciudad de México, México. La muestra estuvo representada por 666 casos, de los cuales 276 muertes fetales tardías representan 41,5%. sobre la base de un estudio comparativo, concluye que la mortalidad disminuye a medida que disminuye la mortalidad neonatal temprana.²²

Por otro lado, en La Habana, Cuba, se han desarrollado diferentes investigaciones sobre mortinatos macerados, muertes fetales y sus causas y mortalidad fetal tardía, en diferentes centros hospitalarios. En general, dichas investigaciones concluyen que es importante la realización de autopsias completas, estudio macroscópico y microscópico para brindar un diagnóstico confiable de la causa de muerte fetal,²³ que la principal causa de muerte fetal fue la asfixia periparto seguido de patologías placentarias y de los anexos.^{24,25} En este mismo orden de ideas, Rodríguez y Hernández, presentaron un estudio realizado en el Hospital General Docente “Comandante Pinares San Cristóbal” de Cuba. Trabajaron con una muestra de 82 óbitos fetales, por medio de una investigación prospectiva de tipo transversal. Concluyeron que los factores primordiales que inciden en la muerte fetal fueron el tabaquismo, obesidad y enfermedades asociadas a la gestación.²⁶

Así también, diversos autores reportan en Lima, Perú, una tasa de muerte fetal del 23,1/1000 nacidos vivos²⁷ y 18,7% de la tasa de mortalidad fetal.²⁸ Concluyen que las principales causas de muerte fetal están relacionadas con infecciones, hemorragia y toxemia, además, los principales factores de riesgo están dados por la multiparidad, inducción del parto, enfermedades maternas asociadas, prematuridad y enfermedades hipertensivas del embarazo. El estudio relaciona su

búsqueda de las principales causas de muerte fetal en embarazadas, así como los factores que determinan dicho evento.²⁷ Igualmente Milla analizó la muerte fetal en un centro asistencial de este país, identificando como causas de muerte fetal a las maternas, seguidas por fetales y luego ovulares, aunque gran porcentaje de las muertes eran de causa desconocida.¹⁵

Por su parte, Ovalle y col. desarrollaron un estudio anatomoclínico de las causas de muerte fetal, en el Hospital San Bojá Arriarán, en Santiago de Chile. Con una muestra de 279 casos de muertes fetales ocurridas entre las semanas 22 y 42 en un período de 5 años, encontrándose como causas primarias la hipoxia fetal, anomalías congénitas, infecciones y traumatismos del parto. Reafirma que la autopsia fetal y antecedentes clínicos maternos permiten aclarar la causa de la muerte fetal y planificar el manejo de un futuro embarazo.⁷

Así mismo, Sepúlveda y Quintero, estudiaron la muerte fetal inexplicada en un Hospital de Bucaramanga, Colombia. Tomaron una muestra de 50 pacientes en las que se encontró que la obesidad, edad de la embarazada, cigarrillo y bajo nivel socioeconómico son los principales factores de muerte fetal.¹⁰

En Venezuela, Briceño y Briceño, presentaron un trabajo sobre morbilidad fetal y neonatal en embarazo gemelar en el Hospital Chiquinquirá de Maracaibo, tomando una muestra de 335 embarazos gemelares con muerte fetal. Concluyen que el embarazo gemelar presenta cifras elevadas de morbilidad (tasa 2,07/1000 nacidos vivos) y mortalidad fetal cuando hay bajo peso.²⁹

En Carabobo, Faneite y col, presentaron un estudio en el Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara” de Puerto Cabello, con una muestra de 304 casos. Encontraron una frecuencia de aproximadamente 6 casos por cada 1000 nacidos vivos, siendo responsable de la mitad de las muertes perinatales y demostrando que la mortalidad prenatal se encuentra elevada y debe establecerse una estrategia de atención hacia patologías maternas y promulgar el control prenatal precoz.⁶

Posteriormente, Rojas y col, realizaron una investigación acerca de la incidencia y factores de riesgo asociados al óbito fetal en el Hospital Dr. Ángel Larralde. La muestra fue tomada en 100 mujeres con diagnóstico de óbito fetal al ingreso, concluyendo que esta complicación tan frecuente es prevenible, además señaló como los principales factores de riesgo: las infecciones, hipertensión y tabaquismo.⁸

Por todo lo anteriormente planteado se establece como objetivo general de la presente investigación: Analizar los hallazgos socio-epidemiológicos, clínicos y anatomopatológicos en gestantes con diagnóstico ecográfico de feto muerto retenido entre 9 – 22 semanas que ingresan para evacuación uterina en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital “Dr. Ángel Larralde”. Estado Carabobo. Período 2016 – 2017.

Estableciéndose como objetivos específicos: Describir las características socio-epidemiológicas de las gestantes con feto muerto retenido. Precisar las características obstétricas y otros factores; identificar los hallazgos clínicos en embarazadas con feto muerto retenido y caracterizar los hallazgos anatomopatológicos a través de la necropsia de los fetos muertos.

La relevancia del presente estudio radica en descubrir todos esos factores que rodean a la presencia de feto muerto retenido en gestantes, lo cual permitirá la planificación de estrategias más acuciosas que favorezcan la prevención de la patología estudiada. Además, dado que en este centro hospitalario actualmente no existen estudios que expliquen los factores de muerte fetal, por lo que se considera una investigación pionera en la temática, especialmente cuando obstetras y pediatras requieren conocer los datos actualizados de mortalidad fetal para tomar decisiones acertadas sobre la base de las expectativas respecto al resultado fetal, aunado a ello, como un aporte al ámbito de la salud pública porque permitirá trazar lineamientos y dar un giro importante en cuanto al manejo actual y los protocolos en las consultas de control prenatal.

Su importancia se enmarca en el alcance institucional favoreciendo el desarrollo de las estadísticas en relación a las causas de muerte fetal y los resultados histopatológicos, no existentes en la actualidad en el departamento de obstetricia del hospital ángel Larralde; además, podrían compararse con las estadísticas regionales, nacionales e incluso internacionales.

Por otro lado, el profesional que asiste a estas pacientes debe dilucidar dos facetas del problema, el primero es el aspecto humano de los padres y su dolor, y el otro es la visión médica, que implica razonar una posible explicación etiológica y seguidamente proceder al manejo del caso; lo que constituye un desafío para el obstetra.

MATERIALES Y MÉTODOS

La presente investigación parte de una tipología observacional – descriptiva, con un diseño no experimental, de campo, transversal y prospectiva.³⁰

La población estuvo representada por todas aquellas embarazadas que consultaron a la emergencia obstétrica del Hospital Dr Ángel Larralde del Estado Carabobo en el período 2016-2017 con diagnóstico de feto muerto retenido a través de ecografía. La muestra estuvo conformada por 18 embarazadas ingresadas al servicio de emergencia obstétrica, con diagnóstico de feto muerto retenido con edad gestacional comprendida entre 9 a 22 semanas y/o con peso fetal menor a 500grs. Como criterio de exclusión: fetos macerados, motivado a que en este centro asistencial no se realiza estudio anatómo-patológico a estos cadáveres debido a lo difícil de analizar los tejidos en cuerpos descompuestos.

La técnica de recolección de datos fue la observación directa, el interrogatorio y el estudio anatomopatológico. Como instrumento se utilizó una ficha de registro que incluyó características socioepidemiológicas, las características clínicas de las pacientes, que se complementó con la revisión documental de la historia clínica obstétrica manejada por el autor (Parte B). Y en una tercera parte los hallazgos anatomopatológicos, reportados por el anatomopatólogo (Parte C). (Ver anexo A). Todos elaborados *ad hoc* y con la validación de tres expertos en el área para la confiabilidad de contenido. (Anexo B). Los jueces coincidieron en que los instrumentos tenían validez de contenido.

Los datos fueron vaciados en una hoja Excel[®] para luego presentarlos en tablas de distribución de frecuencias (absolutas y relativas). Se realizó un análisis descriptivo de las variables cuantitativas tales como edad, edad gestacional, número de controles, periodo intergenésico, peso y talla fetal, mediante media, mediana, error típico o rango intercuartil, valor mínimo y máximo, según el comportamiento de la variable. Todo se realizó mediante el procesador estadístico SPSS en su versión 22 para Windows.

RESULTADOS

De las 18 gestantes con feto muerto retenido se registró una edad promedio de 23,11 años \pm 0,95, con una edad mínima de 16 años, una máxima de 31 años y un coeficiente de variación de 17% (serie homogénea entre sus datos). Fueron más frecuentes aquellas gestantes con edad entre 21 y 25 años con 44,44% (8 casos).

TABLA N° 1
CARACTERÍSTICAS SOCIO-EPIDEMIOLÓGICAS DE LAS GESTANTES CON FETO MUERTO RETENIDO. GESTANTES ATENDIDAS PARA EVACUACIÓN UTERINA. SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL “DR. ÁNGEL LARRALDE”. ESTADO CARABOBO. PERÍODO 2016 – 2017.

Edad (años)	f	%		
16 – 20	5	27,78		
21 – 25	8	44,44		
26 – 31	5	27,78		
Grado de instrucción	F	%		
Bachillerato incompleto	4	22,22		
Bachiller	11	61,11		
Técnico incompleto	1	5,56		
TSU	1	5,56		
Universitaria	1	5,56		
Estado Civil	f	%		
Soltera	15	83,33		
Concubina	2	11,11		
Casada	1	5,56		
Procedencia	f	%		
Valencia	6	33,33		
Los Guayos	4	22,22		
Guacara	2	11,11		
Libertador	2	11,11		
Naguanagua	2	11,11		
Carlos Arvelo	1	5,56		
San Diego	1	5,56		
Tipo de Caso	f	%		
Nuevo	16	88,89		
Antiguo	2	11,11		
Total	18	100		
Otros factores	Sí		No	
	f	%	f	%
Hábitos tabáquicos	3	16,67	15	83,33
Hábitos alcohólicos	2	11,11	16	88,89
Consumo de drogas	0	0	18	100
Medicamentos antes del embarazo	1	5,56	17	94,44
Medicamentos durante el embarazo	1	5,56	17	94,44

Fuente: Datos Propios de la Investigación (Hernández; 2017)

El nivel de instrucción más frecuente fue el bachillerato completo con un 61,11% (11 casos). El estado civil predominante fueron las solteras con un 83,33% (15 casos). El municipio de procedencia más frecuente fue Valencia (33,33%= 6 casos), seguida de los Guayos (4 casos). Los casos nuevos representaron un 88,89% (16 casos).

Sólo 3 gestantes afirmaron poseer hábito tabáquico (16,67); sólo 2 casos presentaban hábito alcohólico (11,11); sólo 1 paciente ingería medicamentos antes del embarazo, siendo este antidepresivo. Durante el embarazo una gestante consumía medicamentos (5,56%) siendo éste antibiótico.

TABLA N ° 2
CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS DE LAS GESTANTES INCLUIDAS EN LA MUESTRA. GESTANTES ATENDIDAS PARA EVACUACIÓN UTERINA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL “DR. ÁNGEL LARRALDE”. ESTADO CARABOBO. PERÍODO 2016 – 2017.

Antecedentes gineco-obstétricos		
Edad gestacional FUR (Md – RI)	12,5 sem – 3 sem	
Edad gestacional Ecografía (Md – RI)	13,5 sem – 4 sem	
Paridad	f	%
I G	6	33,33
II G	12	66,67
Periodo intergenésico (años) (n=12)	f	%
1 – 3	9	50
4 – 8	3	16,67
Control prenatal	f	%
Precoz	16	88,89
Tardío	2	11,11
Antecedente de muerte fetal	f	%
No	18	100
Patología médica materna	f	%
Sí	1	5,56
No	17	94,44
Patología materna diagnosticada anteriormente	f	%
Sí	2	11,11
No	16	88,89
Patología materna diagnosticada a su ingreso institucional	f	%
Hipertensión arterial	2	11,11
No	16	88,89
Patología materna diagnosticada durante la hospitalización	f	%
No	18	100
Total	18	100

Fuente: Datos Propios de la Investigación (Hernández; 2017)

Según la fecha de última regla se registró una edad gestacional con una mediana de 12,5 sem, con un rango intercuartílico de 3 semanas, un registro mínimo de 10 semanas y un máximo de 20 semanas. Según la ecografía la edad gestacional de las gestantes con feto muerto retenido registró una mediana de 13,5 semanas, con un rango intercuartílico de 4 semanas, un valor mínimo de 11 semanas y un máximo de 21 semanas.

Predominaron aquellas gestantes con II gestas (66,67%= 12 casos). Se registró un promedio de periodo intergenésico de 3 años \pm 0,56, con una mediana de 2,5 años, un valor mínimo de 1 año y un máximo de 8 años. Siendo más frecuentes aquellas con un periodo intergenésico de 1 a 3 años (9 casos).

De las 18 gestantes estudiadas se registró una mediana de 1 control, con rango intercuartílico de 1 control, un registro mínimo de 1 control y un registro máximo de 4 controles. Siendo más frecuentes aquellas gestantes con control precoz (88,89%= 16 casos)

Ninguna de las gestantes refirió antecedente de muerte fetal. Sólo 1 caso refirió patología médica (5,56%), siendo ésta diagnosticada con depresión. 2 casos presentaban patología médica diagnosticada anteriormente (11,11%), una con hipertensión y otra con depresión (5,56% cada caso).

Al ingreso institucional 2 gestantes presentaban hipertensión arterial (11,11%) y durante la hospitalización ninguna gestante se le diagnosticó otra patología.

TABLA N° 3
HALLAZGOS CLÍNICOS EN EMBARAZADAS CON FETO MUERTO
RETENIDO. GESTANTES ATENDIDAS PARA EVACUACIÓN UTERINA.
SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL “DR. ÁNGEL
LARRALDE”. ESTADO CARABOBO. PERÍODO 2016 – 2017.

Hallazgos clínicos	Sí		No	
	f	%	f	%
Malformaciones o deformidad fetal	0	0	18	100
Retardo de crecimiento fetal intrauterino	0	0	18	100
Estudio de líquido amniótico	0	0	18	100
Estudio de Cordón umbilical	f		%	
Al nacer	17		94,44	
No realizado	1		5,56	
Características del cordón umbilical	f		%	
Simple	17		94,44	
No realizado	1		5,56	
Estudio de la placenta	f		%	
Normal	10		55,56	
Otras alteraciones	4		22,22	
Placenta previa	2		11,11	
No realizado	2		11,11	
Accidentes durante el embarazo	f		%	
No	18		100	
Tipo de evacuación uterina	f		%	
Espontánea	18		100	
Revisión uterina	f		%	
Tacto vaginal	14		77,78	
Espéculo	4		22,22	
Total	18		100	

Fuente: Datos Propios de la Investigación (Hernández; 2017)

Ninguna de las gestantes presentó malformaciones o deformidad fetal, tampoco ninguna presentó retardo de crecimiento fetal intrauterino y a ninguna se le realizó estudio de líquido amniótico.

A un 94,44% de las pacientes (17 casos) se les realizó estudio de cordón umbilical al nacer. Siendo la característica predominante cordón umbilical simple (17 casos).

En lo que respecta al estudio de la placenta, se presentó predominantemente normal en un 55,56% de las pacientes (10 casos). Ninguna refirió accidentes durante el embarazo. Todas presentaron evacuación uterina espontánea (18 casos) y la revisión uterina se hizo mayormente por tacto vaginal (14 casos).

TABLA N° 4
HALLAZGOS ANATOMO-PATOLÓGICOS A TRAVÉS DE LA NECROPSIA
DE LOS FETOS MUERTOS. GESTANTES ATENDIDAS PARA EVACUACIÓN
UTERINA. SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL
“DR. ÁNGEL LARRALDE”. ESTADO CARABOBO. PERÍODO 2016 – 2017.

HALLAZGOS ANATOMOPATOLÓGICOS POR NECROPSIA DE FETOS MUERTOS		
Sexo del feto muerto	f	%
Femenino	3	16,67
Masculino	15	83,33
Talla fetal $\bar{X} \pm Es$	14,89 cm \pm 1,42	
Peso fetal $\bar{X} \pm Es$	83,86 gr \pm 25,78	
Mortalidad fetal	f	%
Precoz	18	100
Intermedia	0	0
Descripción Macroscópica 1	f	%
Autolisis acentuada en pulmón	7	38,89
Autolisis severa en pulmones	11	61,11
Descripción Macroscópica 2	f	%
Autolisis acentuada en corazón	9	50
Autolisis severa en corazón	8	44,44
Autolisis moderada en corazón	1	5,56
Descripción Macroscópica 3	f	%
Autolisis severa en riñones	9	50
Autolisis acentuada en riñones	8	44,44
Autolisis moderada en riñones	1	5,56
Descripción Microscópica 1	f	%
Autolisis severa	12	66,67
Autolisis acentuada	6	33,33
Descripción Microscópica 2	f	%
Inmadurez acentuada	11	61,11
Inmadurez severa	6	33,33
Inmadurez moderada a severa	1	5,56
Descripción Microscópica 3 (n=3)	f	%
Coagulo hemático retroplacentario	2	11,11
Déficit de fijación	1	5,56
Diagnóstico definitivo	f	%
Feto sin malformaciones externas o internas	18	100
Total	18	100

Fuente: Datos Propios de la Investigación (Hernández; 2017)

En lo que respecta a los hallazgos anatomopatológicos de los fetos muertos por necropsia, se tiene que el sexo fetal predominante fue el masculino con un 83,33% (15 casos).

Se registró un promedio de talla fetal de 14,89 cm \pm 1,42, con una mediana de 13 cm, un rango intercuartílico de 4 cm, una talla mínima de 6 cm, una máxima de 31

cm. En cuanto al peso fetal se registró un promedio de 83,86 grs \pm 25,77, con una mediana de 43 grs, un rango intercuartílico de 39,5 grs, un peso mínimo de 7 grs y un máximo de 372 grs. La mortalidad fetal fue predominantemente precoz (100%= 18 casos).

Entre los hallazgos macroscópicos más frecuentes se encuentran: autolisis severa en pulmones (11 casos); autolisis acentuada en corazón (9 casos) y autolisis severa en riñones (9 casos). En cuanto a los hallazgos microscópicos se tiene que predominaron la autolisis severa (12 casos); la inmadurez acentuada (11 casos) y como otros hallazgos la presencia de coágulo hemático retroplacentario (2 casos) y déficit de fijación (1 caso).

Todos los fetos estaban sin malformaciones externas e internas (18 casos).

DISCUSIÓN

La muerte fetal es uno de los accidentes obstétricos más difíciles de enfrentar. Tanto la mujer embarazada como el feto, a pesar de cumplir con un proceso de carácter netamente fisiológico como es el embarazo, están expuestos a una serie de riesgos que amenazan su salud y vidas. Entre las probables complicaciones se encuentra la muerte fetal intrauterina.

De las 18 gestantes con feto muerto retenido se registró una edad promedio de 23,11 años \pm 0,95, con una edad mínima de 16 años y máxima de 31 años. Fueron más frecuentes las gestantes entre 21 y 25 años, lo que tiene relación con lo planteado por Riveras ³¹, quien precisó que la edad materna susceptible estaba entre los 16 y 25 años, evidenciando de igual forma similitud con Martínez ³², quien determinó que la edad se encontraba entre 12 y 28 años, a diferencia del estudio realizado por Rojas y col. ⁸, en donde la mayor población afectada estuvo representada por pacientes mayores a 35 años.

El grado de instrucción más frecuente fue el bachillerato completo con 61,11%. El estado civil predominante fueron las solteras con 83,33%. Lo que difiere con lo expuesto por Ariel y col. ³³ quienes señalan que los factores de riesgo para muerte fetal están relacionados con el macroambiente de la paciente, principalmente con el estado civil y el nivel socioepidemiológico bajo, sin embargo, se demostró en la investigación que aunque el nivel socioeconómico de las pacientes era bajo su nivel de instrucción alcanzó el bachillerato completo en más de la mitad de ellas.

Sólo tres gestantes afirmaron poseer hábito tabáquico (16,67%); lo que está en menor proporción con lo descrito por Rojas y col. ⁸ quienes reportaron que 31% fumó durante el embarazo; seguido de Valladares y col. ³⁴, cuya muestra refirió hábitos tabáquicos en 21%. Por otro lado se observó que sólo dos casos presentaban hábito alcohólico; sólo una paciente ingería medicamentos antes del embarazo, siendo este antidepresivo. Durante el embarazo una gestante consumía medicamentos, siendo este antibiótico.

Según la fecha de última regla se registró una edad gestacional con una mediana de 12,5 semanas, un registro mínimo de 10 semanas y máximo de 20 semanas. Según la ecografía la edad gestacional registró una mediana de 13,5 semanas, un valor mínimo de 11 semanas y máximo de 21 semanas, siendo muy similar la edad gestacional por fecha de última regla y por ecografía.

Predominaron aquellas gestantes con II gestas (66,67%= 12 casos). Se registró un promedio de periodo intergenésico de 3 años \pm 0,56, con una mediana de 2,5 años, un valor mínimo de 1 año y máximo de 8 años. Siendo más frecuentes aquellas con un periodo intergenésico de 1 a 3 años (9 casos), lo que concuerda con lo estudiado por Riveras³¹ y otros autores^{32,34} quienes evidenciaron que eran las pacientes con segunda gesta las que con mayor frecuencia presentaban diagnóstico de muerte fetal.

Sólo un caso refirió patología médica (5,56%), siendo esta una depresión. Dos casos presentaban patología médica diagnosticada anteriormente (11,11%), una con hipertensión y otra con depresión (5,56% cada caso), diferente a lo observado por Valladares y col.³⁴ quienes afirman que son las patologías tiroideas las más frecuentes, sin embargo, guardan semejanza con Riveras³¹ quien observó que existía presencia de esta dupla de patologías en sus pacientes. Existe similitud con los resultados de Rojas y col.⁸, quienes argumentan que la hipertensión arterial es factor de riesgo para óbito fetal. Teniendo en cuenta que solo el 5,6% de las pacientes presentaron comorbilidades asociadas, y que en su mayoría estuvo relacionada con causas de origen materno, estos hallazgos se relacionan con los de Rivas y Vázquez³⁵, quienes concluyen que los trastornos hipertensivos son una causa predisponente a muerte fetal, de igual forma Riveras³¹ precisa que la preeclampsia grave, la preeclampsia leve y la hipertensión arterial crónica se encuentran entre las principales patologías asociadas. Asimismo, Martínez³² afirma que entre las patologías obstétricas asociadas con más frecuencia se

encuentran los trastornos hipertensivos del embarazo, siendo la causa más frecuente de muerte fetal la de origen materno.

Al ingreso institucional 11,11% presentaban hipertensión arterial. Ninguna de las gestantes presentó malformaciones o deformidad fetal, ni retardo de crecimiento fetal intrauterino y a ninguna se le realizó estudio de líquido amniótico. A un 94,44% se les realizó estudio de cordón umbilical al nacer, siendo la característica predominante cordón umbilical simple (17 casos). El estudio de la placenta se presentó predominantemente normal en un 55,56%. Ninguna gestante refirió accidentes durante el embarazo. Todas presentaron evacuación uterina espontánea y la revisión uterina se hizo mayormente por tacto vaginal.

En lo que respecta a los hallazgos anatomopatológicos de los fetos muertos por necropsia, se tiene que el sexo fetal predominante fue el masculino con un 83,33% (15 casos). La mortalidad fetal fue predominantemente precoz (100%= 18 casos).

Entre los hallazgos macroscópicos más frecuentes se encuentran: autolisis severa en pulmones (11 casos); autolisis acentuada en corazón (9 casos) y autolisis severa en riñones (9 casos). En cuanto a los hallazgos microscópicos se tiene que predominaron la autolisis severa (12 casos); la inmadurez acentuada (11 casos) y como otros hallazgos la presencia de coágulo hemático retroplacentario (2 casos) y déficit de fijación (1 caso). Lo que se contrapone con la investigación realizada por Martínez ³² donde demostró entre los reportes anatomopatológicos que en un 72,2% se encontró atelectasia pulmonar bilateral, al 33,33% se les diagnosticó malformaciones fetales y en un 55,5% se encontraron hemorragias de diferentes tipos siendo la más común la hemorragia subaracnoidea. Por su parte, Rivas y Vázquez ³⁵ señalan en su estudio de 39 muertes fetales que la autopsia reveló la presencia de anomalías congénitas o evidencia de hipoxia aguda o crónica. A diferencia de Valladares y col. ³⁴ quienes afirmaron que el 73% de las muertes fueron de causa desconocida. Cabe destacar que todos los fetos estaban sin malformaciones externas e internas.

CONCLUSIONES

La muerte fetal intrauterina es un evento que puede prevenirse en una proporción considerable de casos, si el control prenatal se respetara en calidad y cantidad; pero para ello se requieren mayores esfuerzos a fin de educar y llevar conciencia a la población sobre esta verdad. De igual manera es absolutamente necesaria la investigación de las causas que llevaron a una muerte fetal (ya consumada), a fin de prevenir su recurrencia en embarazos futuros y ayudar a afrontar esta difícil situación.

De las 18 gestantes con feto muerto retenido se registró una edad promedio de 23,11 años \pm 0,95, siendo más frecuentes aquellas gestantes con edades entre 21 y 25 años. El grado de instrucción más frecuente fue el bachillerato completo. El estado civil predominante fueron las solteras. El municipio de procedencia más frecuente fue Valencia, seguida de Los Guayos. Los casos nuevos predominaron.

Los hábitos tabáquico y alcohólico representaron porcentajes mínimos. Sólo una paciente ingería medicamentos antes del embarazo, siendo este antidepresivo. Durante el embarazo una gestante consumía medicamentos, siendo este antibiótico.

Las edades gestacionales por fecha de última regla y por ecografía fueron muy similares. Predominaron aquellas gestantes con II gestas. Se registró un promedio de periodo intergenésico de 3 años \pm 0,56, siendo más frecuentes aquellas con un periodo intergenésico de 1 a 3 años.

De las 18 gestantes estudiadas se registró una mediana de 1 control prenatal, siendo más frecuentes aquellas gestantes con control precoz.

Ninguna de las gestantes refirió antecedente de muerte fetal. Sólo un caso refirió patología médica (depresión). Dos casos presentaban patología médica

diagnosticada anteriormente, una con hipertensión y otra con depresión. Ninguna de las gestantes presentó malformaciones o deformidad fetal, ni retardo de crecimiento fetal intrauterino y a ninguna se le realizó estudio de líquido amniótico.

A casi todas las pacientes se les realizó estudio de cordón umbilical al nacer. Siendo la característica predominante cordón umbilical simple.

En lo que respecta al estudio de la placenta, se presentó predominantemente normal. Ninguna refirió accidentes durante el embarazo. Todas presentaron evacuación uterina espontánea y la revisión uterina se hizo mayormente por tacto vaginal.

En lo que respecta a los hallazgos anatomopatológicos de los fetos muertos por necropsia, se tiene que el sexo fetal predominante fue el masculino.

Se registró un promedio de talla fetal de 14,89 cm \pm 1,42. En cuanto al peso fetal se registró un promedio de 83,86 grs \pm 25,77. Todos los fetos presentaron mortalidad precoz.

Entre los hallazgos macroscópicos más frecuentes se encuentran: autolisis severa en pulmones; autolisis acentuada en corazón y autolisis severa en riñones. En cuanto a los hallazgos microscópicos se tiene que predominaron la autolisis severa y la inmadurez acentuada. Todos los fetos estaban sin malformaciones externas e internas.

Recomendaciones

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 sus estratos sobre lo que significa un embarazo y la responsabilidad que implica el mismo, además es necesario reforzar las consultas de control prenatal haciendo énfasis en las 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.

Realizar adecuado seguimiento postnatal a las pacientes que tengan factor de riesgo asociado y complementar con estudios especiales genéticos e inmunológicos.

Evaluación de las pacientes que presentaron trastornos hipertensivos durante el embarazo de forma que se evite la hipertensión arterial crónica como consecuencia del mal manejo postnatal, además es preciso fortalecer la red ambulatoria, realizar educación médica continua de forma 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 los signos de alarma e importancia para acudir a la consulta prenatal y postnatal.

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.

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 evitará la inferiorización uterina, logrará 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.

Cumplir 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.

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 laboratorio 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 eficientes, 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.

Es necesario reiterar la importancia de las necropsias y los estudios histopatológicos del feto, placenta y líquido amniótico, para esto es oportuno crear un plan de acción con los pasos a seguir al momento de presentarse un feto muerto, 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 feto muerto.

Es indispensable equipar nuestros Servicios de Anatomía Patológica 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.

Finalmente se recomienda soporte psicológico de estas pacientes, haciendo énfasis en una adecuada planificación familiar con tiempo prudencial de espera para concebir el próximo embarazo, una vez se haya estudiado adecuadamente.

REFERENCIAS

1. Diccionario de la lengua española. Vigésima segunda edición. Real Academia Española, 2001.
2. Balestena JM. Factores maternos que influyen en la mortalidad fetal tardía. Rev. Medicina General Integral 2005; 9(2):802-10.
3. Dalence JG. Muerte fetal intrauterina. Rev Médica del Colegio Médico de la Paz, Bolivia 2005; 11(2):3-12.
4. Calero S. Relación causal entre agentes infecciosos, TORCH y Óbito fetal en mujeres atendidas en el Heodra, durante Marzo 2004 a marzo 2007. [Trabajo monográfico para optar al título de médico especialista en ginecología y obstetricia] Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. 2007: Pág. 4-24.
5. Cabero L. Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción. Tomo 1. Segunda edición. Editorial Médica Panamericana; Madrid, España. 2004: Pág. 42-59.
6. Faneite P, González M, Faneite J, Menezes W, Álvarez L, Linares M, et al. Actualidad en mortalidad fetal. Rev Obstet Ginecol Venez. 2004; 64(2):77-82.
7. Ovalle A, Kakarieka E, Correa A, Vial MT, Aspillaga C. Estudio anatomoclínico de las causas de muerte fetal. Rev Chil Obstet Ginecol. 2005; 70(5):303-12.
8. Rojas E, Salas K, Oviedo G, Plenzyk G. Incidencia y factores de riesgo asociados al óbito fetal en 2 hospitales venezolanos. Rev Chil Obstet Ginecol. 2006; 71(1):26-30.
9. WHO. Neonatal and Perinatal Mortality. Country, Regional and Global.2006
10. Sepúlveda J y Quintero E. Muerte fetal inexplicada. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2004; 55(4):300-7.
11. Linares J, Madariaga R, Poulsen R. Muerte fetal in útero, etiología y factores asociados en el Hospital Regional de Antofagasta, Chile. CIMEL Ciencia e Investigación Médica Estudiantil Latinoamericana 2006; 11(2):89-93.
12. Week JH. Muerte Fetal Intrauterina. 1995 actualizado en 2003. Disponible: http://www.escuela.med.puc.cl/paginas/departamentos/obstetricia/altoriesgo/muerte_fetal_int.html [30-06-2016]

13. Germain A y Sedano M. Muerte fetal in útero. 2003. Disponible en: www.cediep.cl/guias/guia2003/capitulo24.swf.
14. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Evaluation of Stillbirths and Neonatal Deaths. ACOG Committee Opinion, número 383, octubre de 2007.
15. Milla LM, Saravia N, Salviz M, Rojas J. Muerte fetal en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el periodo Agosto 2003- Noviembre 2004. Rev Med Herd. 2005; 16(4):260-5.
16. Romero G, Martínez C, Ponce de León A, Ábrego E. Factores de riesgo y muerte fetal anteparto. Ginecol Obstet Méx 2004; 72(3):109-15.
17. Álvarez MC. Feto Muerto conducta obstétrica. Hospital Juan A. Fernández del Servicio de Ginecología y obstetricia. 2004. Disponible en: <http://latina.obgyn.net/sp/articles/Junio00/FETO%20MUERTO.htm> [12-07-2016]
18. Schwarcz R, Duverges C, Díaz A, Fescina R. Editores: Obstetricia: Embarazo patológico; Síndrome de muerte fetal durante el embarazo (Feto muerto y retenido). 5ª ed. Buenos Aires: El Ateneo; 1995. Pág. 244-7.
19. Salamat S. Conducta médica ante la muerte fetal intrauterina. Department of maternal-fetal medicine and internum char. Department of Obstetrics and Gynecology; Georgetown, E.E.U.U. 2005.
20. Castell Moreno J y Farnot Cardoso U. Mortalidad perinatal. 2005. [Citado el 22 de junio 2016]. Disponible en: <http://jagua.cfg.sld.cu/ginecologia/mortalidadperinatal.htm>
21. Organización Mundial de la Salud. Neonatal and perinatal mortality: Country, regional and global estimates. 2006.
22. Lee I. Mortalidad perinatal en un hospital de segundo nivel de atención. Rev Med IMSS 2003; 41(1):31-6.
23. Fundora I y Pérez C. Hallazgos morfológicos en una serie de 315 mortinatos macerados. Rev Cubana Obstet Ginecol. 1998. [Fecha de acceso diciembre 2015]; 24(1): 34-7. URL disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol24_1_98/gin06198.pdf [10-07-2016]
24. Toledo AM. Quince años de mortalidad fetal en Municipio Cerro, Ciudad de La Habana Cuba, 1991-2005. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana Facultad "Dr. Salvador Allende" 2006. [Consulta el 23 de enero

2016] Disponible en: <http://www.ilustrados.com/tema/8931/Quince-anos-Mortalidad-Fetal-Municipio-Cerro.html>

25. Álvarez V, Muñiz M, Rodríguez A, Vasallo N. Análisis de la mortalidad Fetal tardía. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2000; 26(1):36-40.
26. Rodríguez AC, Hernández I. Factores que inciden en la mortalidad fetal tardía. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2004; 30(2).
27. Salvador J y Maradiegue E. Muerte fetal: Incidencia, causas y factores de riesgo. Hospital Nacional Cayetano Heredia. Lima, Perú. 1992-1993. Ginecología y Obstetricia 1994; 40(1):60-7.
28. Bejarano S y Castillo M. Medida de riesgo de muerte fetal y neonatal. Lima, Perú. 1997-1999. Pág.: 5,10,12-15.
29. Briceño Pérez C, Briceño-Sanabria L. Morbimortalidad fetal y neonatal en embarazo gemelar. Hospital Chiquinquirá de Maracaibo. Rev Obst Ginecol Venez 2005; 65(1):1-8.
30. Arias FG. El proyecto de la investigación. Introducción a la metodología científica. 5ta edición. Editorial Episteme, C.A.; Caracas, Venezuela. 2006: Pág.: 6-16.
31. Riveras J. 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. 2013.
32. Martínez M. 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. 2007.
33. Ariel R, Sánchez JE, Sartori MF, Speciale JD. Muerte fetal intrauterina. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina 2008; 188:10-7.
34. Valladares Z, García V, Buján V, Gouceiro E, López C. (2013) Muerte fetal intrauterina: ¿podemos actuar en su prevención? Rev Chil Obstet Ginecol. 2013; 78(6):413-8.
35. Rivas-Perdomo E y Vásquez-Deulofeutt D. (2012) Óbito fetal: hallazgos de patología en una institución de alta complejidad. Cartagena, Colombia, 2010-2011. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2012; 63:376-81.

ANEXO A

UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
HOSPITAL Dr ÁNGEL LARRALDE DEL ESTADO CARABOBO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

**CUESTIONARIO DIRIGIDO A EMBARAZADAS CON
DIAGNÓSTICO DE FETO MUERTO RETENIDO**

Estimada paciente:

El presente cuestionario contiene una serie de preguntas relacionadas con el desarrollo de su embarazo, con el fin de indagar las posibles causas que pudieron producir la muerte del feto dentro del útero. Los datos obtenidos proporcionan información de mucha utilidad para sus futuros embarazos y así poder diseñar un plan de acción que optimice la atención obstétrica no sólo para usted, sino para la comunidad. Es de mucha importancia que responda objetivamente todas las preguntas, lo que permitirá obtener información veraz que fundamente el trabajo de investigación sobre las causas de feto muerto retenido en las embarazadas ingresadas al servicio de emergencia obstétrica del Hospital Dr Ángel Larralde Del Estado Carabobo.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

INSTRUCCIONES: Los ítems que se presentan a continuación están dispuestos de forma que responda afirmativa o negativamente, debe marcar con una "X".
Estas preguntas están relacionadas con antecedentes maternos de importancia

FICHA DE ESTUDIO DE CASOS

N°. DE HISTORIA		FECHA				
PARTE. A) HALLAZGOS SOCIO-EPIDEMIOLÓGICOS EN LAS GESTANTES CON FETO MUERTO						
Cedula			Edad			
Nivel de instrucción	Analfabeta		Estado civil			
	Primaria					
	Secundaria					
	Nivel Técnico					
	Universitaria					
Procedencia	Municipio		Tipo de caso			
	Otro estado					
Hábitos	Tabaco	Sí	Alcohol	Sí	Drogas	Sí
		No				
Uso de medicamentos antes del embarazo	Sí	No	Ingesta de medicamentos durante el embarazo	Sí	No	Tipo
PARTE. B) HALLAZGOS CLÍNICOS EN LAS GESTANTES DE FETO MUERTO						
Edad Gestacional por FUR			Edad Gestacional por Ecografía			
Paridad			Período Intergenésico			
Control prenatal	Precoz	Tardío	Antecedentes de Muertes fetales anteriores	Sí	No	Especifique
	Num controles					
Patología materna previa	Sí	No	Tipo de patología medica			
Patología materna relacionada con el embarazo diagnosticada anteriormente	Sí	No	Tipo de patología relacionada con el embarazo			
	Trimestre					
Patología materna diagnosticada a su ingreso institucional	Sí	No	Patología materna diagnosticada durante su hospitalización	Sí	No	Tipo
	Tipo					
Malformaciones o deformidad fetal	Presente		Diagnóstico de deformidad fetal	Durante el embarazo		
	Ausente			Al nacer el producto		
Retardo de crecimiento fetal intrauterino	Durante el embarazo		Estudio de Líquido Amniótico	Durante el embarazo		
	Al nacer el producto			Al nacer		
Diagnóstico de Líquido Amniótico	Oligohidramnios	S	Estudio de Cordón umbilical	Durante el embarazo		
		M				
		L				
	Polihidramnios			Al Nacer Producto		
Normal		Especifique				

FICHA DE REGISTRO (CONTINUACIÓN)

Características del cordón umbilical	Circular de Cordón	Estudio de placenta	Normal
	Simple		Placenta Previa
	Doble		Desprendimiento de placenta
	Otra		Otras alteraciones
Accidentes durante el embarazo	Traumatismo	Tipo de Evacuación Uterina	Inducida
	Fracturas		Espontánea
	Otra		Otros
Curetaje Uterino	Sí	Toma de muestra para biopsia	Sí
	No		No
Resultado de Biopsia			
Revisión Uterina	Espejulo	Tacto Vaginal	Extracción manual de restos del canal vaginal
PARTE. C) HALLAZGOS ANATOMOPATOLÓGICOS MEDIANTE NECROPSIA DE FETO MUERTO			
Datos del Feto Muerto			
SEXO DEL FETO	Fem	PESO	
	Masc	TALLA	
Mortalidad fetal		temprana o precoz	Intermedia
Descripción Macroscópica		Descripción Microscópica	
Diagnóstico Definitivo			



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL UNIVERSITARIO Dr. ANGEL LARRALDE
POSTGRADO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA



CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Mediante el siguiente suscrito hago constar que yo ciudadana _____ de ____ años de edad cedula: _____ acudí el día de hoy ___/___/___ al centro hospitalario Dr. Ángel Larralde , donde fui evaluada por el personal médico de guardia del servicio de ginecología y obstetricia por presentar diagnóstico de feto muerto retenido, y posterior a mi evaluación física seré ingresada para evacuación del producto el cual autorizo sea estudiado para hallar la causa posible de la muerte fetal.

Firma

Firma
