

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
UNAN – LEON
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**



**Monografía para optar al Título de:
Médico y Cirujano General**

**“Caracterización de las madres con óbito fetal”
Hospital San Juan de Dios, Estelí Nicaragua
Enero del año 2005 a Enero del año 2007**

AUTORES:

**Br. Linda Guisell Rostrán Castillo
Br. Roberto Carlos Morales Mendoza**

TUTORES:

Dra. Eliette Valladares. PhD.
Especialista en Gineco-Obstetricia.
Doctorado en Salud Reproductiva

Dr. Luís R. Sobalvarro B.
Especialista en Gineco-Obstetricia.

LEÓN, 28 AGOSTO DEL 2007.



Los niños no tienen pasado que les perturbe ni futuro que les preocupe ellos solo viven el presente, esa es una de las valiosas cosas que se olvidan al crecer.

DEDICATORIA

“No hemos nacido solamente para nosotros”.

Cicerón

A Dios: Por iluminar mi camino y guiarme por el sendero justo.

A mis padres: Por ser eje guía de mi vida, base de mi fortaleza.

A mi hermano: razón por la que jamás olvido que la clave del éxito es perseverar.

A mi hijo: por su paciencia y amor incondicional.

Linda Rostrán Castillo

DEDICATORIA

“No es la ausencia de problemas lo que produce la paz; es Dios a nuestro lado en medio de los problemas.” **Carlos Espinoza.**

A Dios: Por concederme el don de la vida, por dirigirme con su Sabiduría y Misericordia e ilustrar mi entendimiento para preparar mi visión en la vida y alcanzar la meta de culminar mi carrera. El madura los pensamientos del hombre y los hace palabra en su infinito amor.

Mis Padres: *Blanca Mendoza Calderón y Edgardo Morales Rodríguez*, que son mi vida y lo más hermoso que Dios me regalo. Quienes siempre me proporcionan apoyo incondicional, paciencia y siempre han sabido conducirme el buen camino de la vida y quienes me han dado todo su amor, sacrificio y apoyo incondicional en los triunfos y dificultades que he tenido a lo largo de mi vida. De los cuales me siento muy orgulloso de tener como padres y quienes siempre han sido y serán mi mejor ejemplo a seguir. Los Amo mucho.

Mis Hermanos: Que siempre han estado a mi lado y me han dado aliento para cumplir mis metas y de los cuales he aprendido muchos valores, ya que han sido un reflejo en mi vida. Gracias a los dos.

Mi Novia: Esta chica tan linda que Dios puso en mi vida, me ha dado fuerzas cuando más las necesito, siempre ha estado a mi lado y hasta el día de hoy me ha brindado su apoyo y su amor infinito en todo. Te amo princesa.

Tías: A las mejores tres tías del mundo; las cuales son un ejemplo a seguir, siempre están presentes cuando las necesito y me brindan cariño, apoyo incondicional y alegría en cada momento que comparto con ellas.

Roberto Morales Mendoza

AGRADECIMIENTOS

“Nada que no valga la pena de hacer puede lograrse en el curso de la vida; por lo tanto, tendrá que salvarse gracias a la esperanza. Nada de lo que es hermoso tiene sentido en el momento inmediato, entonces tendrá que salvarse por la fe. Nada de lo que vale la pena hacer puede hacerse solo, sino que debe hacerse en colaboración con otros.”

OG. Mandino.

Agradecemos infinitamente Dios, creador de nuestras vidas y de nuestro destino. Con su ayuda y fortaleza hemos podido caminar durante todos los días de nuestras vidas, nos ha cargado en los momentos más difíciles y nunca nos ha abandonado. Nos ha dado fuerzas y ha iluminado nuestras vidas y nuestras mentes a través de todos estos años y al final poder lograr nuestras metas.

A nuestros padres por su apoyo incondicional y monetario durante todo este tiempo de estudiante. Siempre están pendientes de nuestras vidas y nunca nos han dejado solos.

A nuestros tutores; que con paciencia, disposición y dedicación, dirigieron nuestro trabajo monográfico y sin su ayuda no lo hubiésemos logrado. Muchas gracias.

Al Dr. José Úbeda M. Director del Hospital San Juan de Dios de Estelí y al departamento de Ginecología y Obstetricia, por haber permitido llevar a cabo nuestro estudio y no menos importante a las pacientes de las cuales sustrajimos los datos necesarios para culminar y realizar nuestra investigación.

Muchas Gracias a Todos

Linda Rostrán Castillo

Roberto Morales Mendoza

RESUMEN

El presente estudio descriptivo de serie de casos tiene como objetivo describir las características maternas asociadas a óbito fetal en pacientes atendidas en el Hospital San Juan de Dios en el periodo comprendido de enero del año 2005 a enero del año 2007. Se estudiaron 54 casos de pacientes atendidas por óbito fetal encontrando una tasa de mortalidad de 10 x 1000 nacidos para este periodo de estudio.

Respecto a las características de las pacientes estudiadas por óbito fetal se encontró que la mayor parte de ellas tenían entre 20 a 29 años alcanzando en total un 52%. El nivel académico alcanzado que predominó fue secundaria completa (28%). El estado civil que más refirieron fue Acompañadas (44%) y de procedencia rural (52%).

La ocupación predominante fue amas de casa en su mayoría (76%), con estatura mayor de 150 cm en un porcentaje representativo (83%) y con pobre ganancia de peso durante el embarazo, menos de 6 kilogramos (54%).

Los antecedentes patológicos más referidos fueron: infección de vías urinarias (77.8%) y anemia (61.1%). Durante el embarazo las patologías más frecuentemente encontradas fueron; infección de vías urinarias (85.2%); vaginosis (83.3%) y anemia (55.6%). Antes y durante el embarazo el hábito más frecuente fue la ingesta de café 93% para cada momento.

Las pacientes primigestas y bigestas alcanzaron porcentajes iguales (31.5%) respectivamente, sin obtener ninguna de las categorías mayoría significativa. Hubo pacientes nulíparas (37%) y multíparas (63%). Presentaron periodos intergenésicos inadecuados en el 59% de las pacientes.

Las características del control prenatal fueron desfavorables; la mayoría se realizó pocos controles; menos de cuatro (61%). Fueron realizados en puestos y centros de salud en su mayoría. La captación al momento del primer control prenatal fue adecuada en el primer trimestre (72%).

Éstos fueron realizados por personal de enfermería y médicos generales. Durante el periodo de gestación las pacientes estuvieron hospitalizadas (44%), principalmente por patologías como infección de vías urinarias y amenaza de aborto.

Se realizaron recomendaciones orientadas a la salud reproductiva de la paciente con el fin de disminuir el número de embarazos no deseados, hacer énfasis en la realización de exámenes de laboratorio, que sirven como apoyo diagnóstico para mejorar la atención de la gestante, realizar informes a nivel del municipio con el personal de salud interesado, para mantener una actualización periódica acerca de la situación de los óbitos fetales tanto local, como nacional.

INDICE

Introducción.....	09
Antecedentes.....	11
Justificación.....	13
Planteamiento del problema.....	14
Objetivos.....	15
Marco Teórico.....	16
Diseño Metodológico.....	27
Operacionalización de Variables	30
Resultados	33
Discusión de Resultados	42
Conclusiones.....	45
Recomendaciones.....	46
Referencias Bibliográficas.....	47
Anexos.....	49

INTRODUCCIÓN

Muerte fetal se refiere a toda muerte ocurrida durante los nueve meses de embarazo y se divide en fetal temprana, intermedia y tardía; constituye una tragedia que afecta más a los países en desarrollo, siendo considerada por su magnitud un problema de salud pública. Además refleja la inequidad que predomina en las sociedades a nivel mundial.

La muerte fetal intrauterina es una complicación difícil de enfrentar en la práctica obstétrica diaria. El médico clínico se ve enfrentado a dos dilemas; el primero corresponde al aspecto humano, que es delicado manejar, pero de extrema importancia; el segundo corresponde al aspecto médico que involucra el estudio de la causa del óbito fetal como un evento obstétrico no deseado.

En los últimos años la atención del embarazo con enfoque de riesgo ha venido a contribuir a la disminución de óbitos fetales, principalmente con la normatización de los controles prenatales y el mayor número de unidades de salud que los brinda. Sin embargo, se siguen presentando cada año; esto ha despertado un gran interés por conocer los posibles factores de riesgo que están incidiendo en su aparición ya sea de manera directa o indirecta. (1)

El conocimiento de los factores de riesgo para la muerte fetal, permite alertar al personal encargado del cuidado de la embarazada para facilitar la toma de decisiones ante estos casos. Dado que muchas causas de mortalidad fetal están ligadas a factores biológicos, socioeconómicos y nutricionales de la mujer gestante, es importante conocer dichos factores para tratar de evitarlos y mejorar las condiciones con las cuales podamos prevenir este evento obstétrico.

La Organización mundial de la salud ha establecido la atención materno-infantil como prioritaria por las siguientes razones:

- 1- Madre e hijo, constituyen el núcleo principal de una población.
- 2- La mayoría de las causas de morbimortalidad infantil se pueden prevenir. (2)

El presente estudio trata de describir las características maternas asociadas a óbito fetal, que se presentaron en las pacientes atendidas por este evento obstétrico en el Hospital regional de la ciudad de Estelí, con el fin de obtener una idea general de cuáles podrían ser los aspectos que estas mujeres tienen en común, que pudieron influir en la aparición de este evento obstétrico negativo, y sobre los que se puede hacer énfasis durante el cuidado obstétrico de la gestante desde el punto de vista de la salud.

ANTECEDENTES

El comportamiento de la muerte fetal intrauterina, como es de esperarse ha sido cambiante; si se analiza su incidencia durante las últimas décadas, se observa que en algunos países de Sur América y en Estados Unidos las muertes fetales han venido disminuyendo en forma progresiva, fundamentalmente a expensas de las causas que pueden ser detectadas y controladas con el manejo apropiado del “embarazo de alto riesgo”. (3)

En un cohorte bien caracterizado en Japón, que involucró el seguimiento de más de 22,000 fetos durante 1989 a 1991, se observó que la frecuencia de la muerte fetal intrauterina disminuye conforme progresa la gestación, encontrándose 6 de cada mil a las 23 semanas; 1 por mil a las 39 semanas, para luego aumentar a 4 por mil a las 42 semanas de gestación. Además se conoce que este es un evento recurrente. (4)

En el Hospital Fernando Vález Paiz en el año 1992, se realizó un estudio descriptivo, en donde se investigaron los factores de riesgo que inciden en la muerte fetal y se encontró que este evento era más frecuente en mujeres de 23 a 27 años y que la patología agregada más común entre estas mujeres fue la infección de vías urinarias. (5)

En 1998 en la ciudad de Rivas se realizó un estudio de caso y control asociado a mortalidad fetal tardía y neonatal precoz, encontrando que la edad materna más afectada era entre 18 a 34 años; y que las patologías más frecuentemente reportadas por estas mujeres previo al embarazo fueron hipertensión arterial y anemia, y durante el embarazo IVU, seguida de preeclampsia. (6)

En el Hospital Berta Calderón en el período comprendido de Enero del 2000 a Diciembre del 2001 se realizó un estudio de caso y control, sobre factores de riesgo asociados a mortalidad perinatal. Encontraron una tasa de mortalidad perinatal de 21 por 1,000 en el año 2000 y 29 por 1,000 en el 2001.

Además, se reportó que tanto las pacientes analfabetas como las multigestas tenían 5 veces más riesgo de mortalidad perinatal. El 13% tenía antecedentes de aborto; la mayor parte de las muertes perinatales (77.5%) se dieron entre las 37 y las 41 semanas de gestación.

La presencia de patologías obstétricas incrementó 10 veces el riesgo de muerte perinatal, las patologías más frecuentes fueron la preeclampsia, la amenaza de parto prematuro y el desprendimiento prematuro de placenta normoinsera. (7)

Un estudio analítico realizado en el SILAIS de Boaco en los años 2000 a 2002 sobre mortalidad perinatal encontraron que las edades maternas más frecuentes en que se produjeron el mayor número de muertes perinatales fueron: de los 20 a 34 años el 44% y de los 14 a los 19 años el 32%. El 54.2% de las mujeres que tuvieron este evento obstétrico negativo, tenían escolaridad primaria; el 91.5% eran del área rural, el 61.1% vivían en unión estable con su pareja, y el 69% eran multíparas. En relación al control prenatal, este estudio reportó que el 20.3% de esas mujeres no tenían ningún control prenatal y que 52.5% más solamente tenían entre 1 y 3 controles. Treinta y nueve por ciento de las pacientes presentaron patologías asociadas; entre las patologías más frecuente estuvieron la infección de vías urinarias en el 22%, la anemia en el 8.5%, la hipertensión arterial en el 3.4% y la eclampsia en el 1.7%. (8)

El estudio más reciente que se encontró, fue realizado en el Hospital Fernando Vélez Paiz del año 2002 al 2004 de casos y controles. Este abordaje se realizó en pacientes cuyos embarazos terminaron en óbito fetal y fueron atendidos en el hospital. Sus resultados más relevantes fueron: la mayoría de las madres tenían entre 20 y 24 años, eran de procedencia urbana (79.2%); con escolaridad primaria y con un periodo intergenésico corto (25%), el 29.1% no tenían ningún control prenatal, y un 22.6% presentó desprendimiento de placenta normo inserta. (1)

JUSTIFICACIÓN

La muerte fetal es un evento obstétrico negativo, que de forma inesperada afecta cada vez más a países subdesarrollados como el nuestro y marca emocionalmente a las mujeres que lo sufren, aún más cuando se trata de productos valiosos o muy esperados; es un indicador muy sensible de las condiciones socioeconómicas y de vida de la población. En Nicaragua, la disminución de muerte fetal no ha sido la esperada, en el año 2005 se reportaron 735 casos y 846 en el año 2006. (9)

Durante los últimos años las tasas de mortalidad perinatal en el departamento de Estelí han sido variables, reportando desde el año 2000 hasta el año 2006 el siguiente orden 16.5; 19.7; 25.9; 16.7, 14.1; 21.4 y 14.7, razón por la cual decidimos realizar un estudio que pretende dar a conocer las características más comunes de las mujeres cuyos embarazos concluyeron en óbito fetal y las patologías asociadas más frecuentes, que de alguna manera pudieran influir en la aparición de este evento obstétrico negativo, para que el personal de salud de la región pueda mejorar la vigilancia y atención de este problema. Con estos datos se podrá organizar mejores intervenciones a nivel comunitario. Además de aportar datos que puedan servir como hipótesis a ser demostradas en estudios analíticos posteriores.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las características sociodemográficas, obstétricas y antecedentes patológicos de las mujeres cuyos partos concluyeron en Óbito fetal y que fueron atendidos en El Hospital San Juan de Dios de Estelí, en el periodo comprendido de Enero del año 2005 a Enero del año 2007?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Realizar una caracterización general de la población de mujeres cuyos embarazos concluyeron en óbito fetal, atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Estelí, en el período de Enero del año 2005 a Enero del año 2007.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Conocer las características sociodemográficas de la población en estudio.
2. Identificar los antecedentes personales patológicos y no patológicos antes y durante el embarazo.
3. Estudiar los antecedentes ginecológicos y obstétricos de las pacientes en estudio.
4. Describir la atención prenatal recibida por estas pacientes, en términos de edad al primer control, número de visitas, personal que lo atiende y servicio donde se asiste.

MARCO TEÓRICO

La práctica obstétrica moderna ha logrado enfrentar cada vez mejor y con éxito la morbi-mortalidad materna y los resultados respecto a la mortalidad perinatal son cada vez más alentadores gracias al mejoramiento de las condiciones sanitarias y nutricionales de la población; mejor cobertura en control prenatal, mejores valoraciones madre-hijo y mejor uso de terapias farmacológicas.

DEFINICIÓN DE ÓBITO:

Existen varias definiciones de óbito fetal de acuerdo a las distintas escuelas de medicina, pero todas concuerdan en la que se trata de una muerte fetal in útero antes de su viabilidad. Para algunos son aquellos embarazos menores de 26 semanas de gestación y con un peso inferior a los 800 grs. Una definición muy utilizada es la que toma como muerte fetal ocurrida después de las 20 semanas de gestación y antes del nacimiento, con un peso mayor de 500 grs.

La muerte fetal se clasifica en tres etapas:

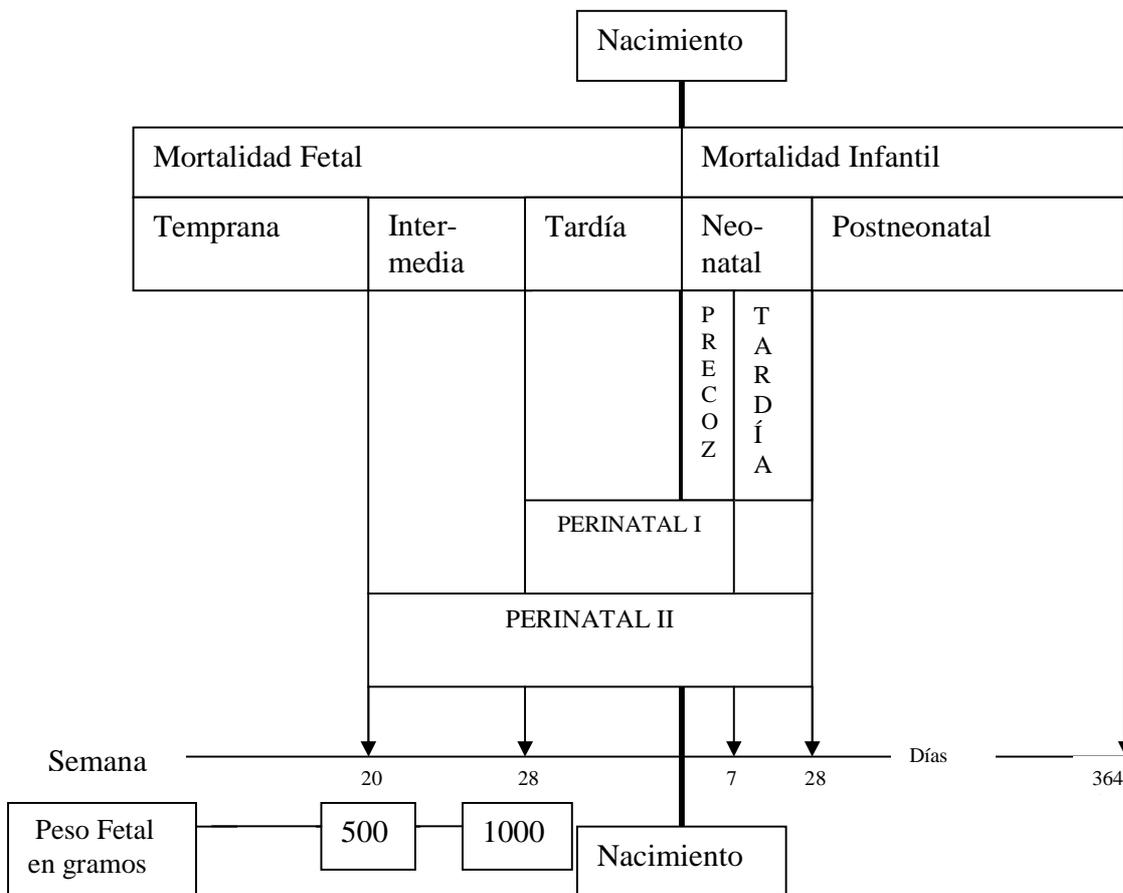
Muerte fetal temprana es aquella ocurrida entre el día de la fecundación y la semana 19, con un peso menor de 500 gramos, también conocida como aborto.

Muerte fetal intermedia es aquella que ocurre entre la semana 20 y la semana 27, con un peso que va de 500 a 999 gramos, y se denomina feto inmaduro.

Muerte fetal tardía es aquella que ocurre de la semana 28 en adelante con un peso mayor o igual a los 1000 gramos, ésta a su vez se divide en muerte de feto pretérmino, feto a término y feto postérmino.

En este estudio utilizamos el término muerte fetal sólo para referirnos a la muerte fetal intermedia y tardía, dejando el término aborto para la muerte fetal temprana; ya que nos enfocaremos en la muerte fetal ocurrida en la segunda mitad del embarazo.

Clasificación de la Mortalidad:



FACTOR DE RIESGO:

Es aquella característica o atributo que cuando está presente en un individuo, se asocia con un aumento de la probabilidad de sufrir un daño. (1, 10,11)

Las causas son muchas y a lo largo de los años se han identificado múltiples, pero dentro de las más estudiadas y conocidas podemos mencionar las siguientes.

1. ***Reducción de la perfusión sanguínea útero-placentaria:***

Originada por hipertensión arterial inducida o preexistente a la gestación, anemia aguda, insuficiencia cardíaca, cardiopatías maternas y desprendimiento de placenta normoinserta.

2. ***Reducción o suspensión del aporte de oxígeno al feto:***

Estas se pueden dar sin la presencia de contracciones uterinas, entre ellas los infartos, calcificaciones y hematomas placentarios, prociencia de cordón, eritroblastosis fetal por isoinmunización RH, inhalación de monóxido de carbono y anemia grave crónica, entre otras.

3. ***Aporte calórico insuficiente:***

Originado por desnutrición materna grave, o por enfermedades caquetizantes.

4. ***Desequilibrio Metabólico:***

Originado por diabetes materna grave o descompensada.

5. ***Infecciones:***

Originadas por TORCH.

6. ***Hipertermia, toxinas bacterianas y parasitosis:***

Intervienen las virosis, las infecciones bacterianas graves y parasitarias de la madre, de las membranas ovulares y del feto.

7. ***Intoxicación Maternas y drogadicción:***

Originadas por ingesta accidental de plomo, mercurio, benzol, DDT, etc.

8. **Malformaciones Congénitas:**

Las incompatibles con el crecimiento y desarrollo fetal (cardíacas, del SNC, renales, etc.).

9. **Alteraciones circulatorias fetales:**

Como puede suceder en los gemelos univitelinos (Feto Transfusor).

10. **Causas Desconocidas:**

Generalmente antecedentes de óbitos fetales; generalmente acontecen cercanos al término. Se le denomina muerte habitual del feto. (7, 4, 11)

Existen factores de riesgo asociados con la mortalidad fetal y los podemos enumerar así:

◆ Factores Preconcepcionales:

- Bajo nivel socioeconómico
- Analfabetismo
- Malnutrición materna
- Talla baja
- Obesidad
- Madre adolescente
- Edad materna avanzada
- Gran multiparidad
- Periodo intergenésico corto
- Antecedentes ginecológicos y obstétricos

◆ Factores del Embarazo:

- Anemia
- No acudir a realizarse el control prenatal, asistir muy poco o mala toma del mismo.
- Poca ganancia de peso

- Aumento excesivo de peso
- Fumado
- Alcohol
- Diabetes del embarazo
- Infecciones de vías urinarias
- Preeclampsia y eclampsia
- Hemorragias
- Retardo del crecimiento intrauterino
- Ruptura prematura de membranas
- Placenta previa
- Infección ovular
- Incompatibilidad sanguínea materno-fetal
- Ingesta de drogas.

◆ Factores del Parto:

- Amenaza de parto pretérmino
- Procidencia de cordón
- Trabajo de parto prolongado
- Desproporción céfalo-pélvica
- Sufrimiento fetal
- Macrosomía fetal
- Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta

◆ Factores Fetales:

- Malformaciones congénitas

Además de las causas directas o indirectas, también existen muchos factores de riesgo importantes para la producción de óbitos fetales, como son el nivel socioeconómico de la madre, ya que se ha observado que es más frecuente en las mujeres de estrato social más bajo, así como en las que tienen un nivel de escolaridad menor. (12)

Otros factores de riesgo importantes son las edades extremas en las madres, ya que existe una mayor incidencia de óbitos fetales en mujeres menores de 17 años y mayores de 35 años; un período intergenésico corto o menos de 18 meses también predispone a afectaciones fetales como retraso del crecimiento intrauterino, lo que a su vez puede terminar en una muerte fetal. (6, 13)

La atención recibida durante el embarazo es de suma importancia, he aquí lo importante de asistir a los controles prenatales (CPN). Se entiende por CPN a la serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con el personal de salud, que tiene como objetivo evaluar la evolución del embarazo y obtener un mejor grado de salud para ella y su futuro hijo.

Para que el CPN sea efectivo debe cumplir con 5 requisitos: (11)

- ◆ Ser Precoz.
- ◆ Periódico.
- ◆ Completo
- ◆ Extenso
- ◆ Continuo

Se considera que las asistencias a menos de 5 CPN, o el no asistir a ninguno es uno de los factores de riesgo para muerte fetal intrauterina (CLAP 1998). Los CPN tienen los siguientes objetivos:

- ◆ Identificar factores de riesgo, los cuales pueden ser de Alto Riesgo o Riesgos Reales (IVU, APP, etc.) o bien de Bajo Riesgo o Riesgo Potencial (Edad, escolaridad, procedencia, estado civil, etc.).
- ◆ Diagnosticar la edad gestacional aproximada, puede ser por Fecha de Ultima Menstruación (FUM) o por el Método de McDonald (Altura Uterina), otros métodos utilizados son las radiografías para valorar osificación y el ultrasonido, que entre más temprano se realice, más confiable es el resultado.

- ◆ Valorar la condición fetal, es decir la auscultación de la frecuencia cardíaca fetal a través del estetoscopio (después de las 20 semanas) o por medio de doppler, antes de las 20 semanas; además se valoran los movimientos fetales percibidos por la madre y por el examinador.
- ◆ Determinar la condición materna y poder detectar las posibles patologías existentes y clasificarla de acuerdo al tipo de riesgo.
- ◆ Brindar educación continua sobre el embarazo y lactancia materna. (14,15)

DIAGNÓSTICO DE MUERTE FETAL:

El diagnóstico suele sospecharse durante la consulta médica y se confirma o descarta con estudios complementarios.

MANIFESTACIONES Y SIGNOS CLÍNICOS:

- ◆ La embarazada deja de percibir los movimientos fetales.
- ◆ El peso materno se mantiene o disminuye.
- ◆ La altura uterina se mantiene o disminuye, esto pasa cuando se reabsorbe el líquido amniótico.
- ◆ La auscultación de los latidos cardíacos es negativa.
- ◆ Signo de Boero: se auscultan los latidos aórticos de la madre con nitidez debido a la reabsorción del líquido amniótico.
- ◆ Signo de Negri: se percibe la crepitación de la cabeza fetal al realizar la palpación.
- ◆ Frecuentemente se constatan pérdidas hemáticas oscuras por la vagina.
- ◆ Aumenta la consistencia del cuello uterino al tacto vaginal como consecuencia de la declinación hormonal. (16)

Examen Ecográfico:

Este método es de gran utilidad por la precocidad y la exactitud con la cual se puede establecer el diagnóstico. Por el mismo se constata la ausencia de actividad cardíaca y de los movimientos fetales, además permite ver signos de maceración. (11)

Radiología:

Si no se dispone de la ecografía, este es un método muy importante para el diagnóstico luego de la segunda mitad del embarazo.

Los signos radiológicos que se pueden encontrar son:

- ◆ *Signo de Spalding:* es el cabalgamiento de los huesos de la bóveda craneana, por licuefacción cerebral.
- ◆ *Signo de Spangler:* es el aplanamiento de la bóveda craneana.
- ◆ *Signo de Horner:* consiste en la asimetría del cráneo.
- ◆ *Signo de Robert:* es la presencia de gas en el feto, grandes vasos y vísceras.
- ◆ *Signo de Hartley:* es el apelotonamiento fetal, por la pérdida total de la conformación raquídea normal.
- ◆ *Signo de Brakeman:* es la caída del maxilar inferior o signo de boca abierta.
- ◆ *Signo de Tager:* es el colapso completo de la columna vertebral.
- ◆ *Signo de Damel:* es el halo pericraneal translúcido.

Examen del Líquido Amniótico:

Es de utilidad para el diagnóstico después de la segunda mitad del embarazo. El líquido amniótico puede obtenerse por amnioscopía, amnioscintesis u obtención del mismo vía vaginal si las membranas están rotas.

Si el feto ha muerto recientemente, el líquido amniótico se encuentra teñido en distintas tonalidades de verde (meconio). En cambio si el líquido es sanguinolento (por el paso de la hemoglobina fetal al líquido amniótico) podemos presumir que han transcurrido varios días; este es signo de Baldi y Margulies. (12)

Conducta:

Una vez realizado el diagnóstico de certeza se debe proceder a la evacuación del útero. Es conveniente esperar el inicio espontáneo del trabajo de parto, que en el 80% de los casos ocurre en las primeras 2 semanas de la muerte fetal.

Se realizará evaluación del estado de coagulación, incluyendo fibrinógeno total y hemograma completo para evaluar hemoglobina, glóbulos blancos y recuento de plaquetas. Se sabe que por el ingreso a la circulación materna de sustancias trombotóxicas del feto muerto y decidua, produce coagulopatía (el fibrinógeno comienza a disminuir a los 20 días de la muerte fetal).

➤ *Se procederá a la evacuación del útero de la siguiente forma:*

Inducción: se puede realizar con prostaglandinas y/o oxitocina, a dosis mayores que las utilizadas normalmente para la inducción del parto con un feto vivo.

Sondas Intracervicales: se usa ante el fracaso del método anterior; también se conoce como método de Krausse y se puede usar en combinación de prostaglandinas y oxitocina, pero siempre que se usa este método se debe usar antibióticoterapia.

Cesárea: se utilizará como último recurso ante el fracaso de los métodos anteriores. Excepto en el caso que exista una indicación absoluta para realizarla (placenta previa oclusiva total, cesárea interativa, presentación transversa, etc.).

➤ ***Se procederá a la evacuación del útero en forma inmediata en los siguientes casos:***

- Membranas ovulares rotas o signo de infección ovular.
- Estado psicológico materno afectado.
- Fibrinógeno materno inferior a 200 mg/dl

Una vez que se produjo la evacuación del feto será importante evaluar los grados de maceración fetal, esto si el feto tiene 23 semanas o más.

De acuerdo con la permanencia in útero se describen tres etapas de maceración:

Primer grado: aparecen flictenas en la epidermis que contienen un líquido serosanguinolento. Se da en los primeros 8 días de la muerte fetal.

Segundo grado: en este periodo se rompen las flictenas y el líquido amniótico se torna sanguinolento, la epidermis se descama y el feto adquiere un color rojo y comienza a deformarse. Esto ocurre en la segunda semana de la muerte fetal.

Tercer periodo: aquí la descamación afecta la cara y la bóveda craneana se reblandece y al tacto se percibe la sensación de un saco de nueces. Se da destrucción de los glóbulos rojos e infiltración de las vísceras, cavidades pleurales y peritoneales. La placenta y el cordón umbilical sufren la misma transformación; el amnios y el corion son muy friables y adquieren un color achocolatado. Si el feto no se elimina se da un proceso de autólisis y se esqueletiza y petrifica; por consiguiente se da proceso séptico. Este proceso ocurre a partir del 13º día de la muerte fetal.

Complicaciones de la muerte fetal:

- ◆ Coagulopatía por consumo: se produce por entrada de sustancias trombolíticas a la circulación.
- ◆ Infección ovular: es poco frecuente, pero ocurre cuando el líquido amniótico se pone fétido y comienzan a actuar los microorganismos anaerobios.
- ◆ Alteraciones psicológicas.

Por último podemos concluir que la atención posparto luego del nacimiento de un feto muerto incluye la determinación de la causa de muerte, cuando ello es posible. Esto con el fin de tranquilizar a la paciente respecto a los riesgos de recurrencia y brindar el apoyo emocional a la pareja en ese momento difícil

Por eso no se debe omitir:

- Mandar el óbito fetal adecuadamente rotulado a la morgue, y la placenta, cordón umbilical y membranas ovulares a anatomía patológica.
- Mostrar a la madre y a la familia el óbito, y previo consentimiento realizar una autopsia para llegar a un mejor diagnóstico y hacer mejores pronósticos en futuros embarazos. (16)

DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO: Descriptivo de serie de casos.

AREA DE ESTUDIO: Hospital San Juan de Dios de la Ciudad de Estelí. Ubicado a 2 kilómetros del centro de la ciudad, salida sur. El área de estudio es el departamento de Ginecología y obstetricia que consta de cuatro áreas (pre labor, labor y parto, sala de ginecología y obstetricia y área quirúrgica). El servicio cuenta con un total de 52 camas; 7 médicos especialistas, 10 médicos generales y 12 enfermeras distribuidas por áreas. Dicho departamento tiene un área de cobertura correspondiente a los municipios del departamento de Estelí (Estelí, La Trinidad, San Nicolás, Condega, Pueblo Nuevo y San Juan de Limay). Se atiende un promedio de 3500 partos por año.

UNIVERSO: Son todas aquellas mujeres que se les atendió su parto, tanto vía vaginal como abdominal en el departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital San Juan de Dios Estelí en el período comprendido de enero del año 2005 a enero del año 2007.

MUESTRA: Son 71 mujeres atendidas en el departamento de ginecología y obstetricia del Hospital San Juan de Dios de Estelí, cuyos embarazos terminaron en óbito fetal, en el período comprendido entre enero del año 2005 a enero del año 2007, de las cuales solo 54 cumplieron con los criterios de inclusión propuestos. De las 17 pacientes restantes, 7 tenían productos, con peso menor de 500 gramos y 10 procedían de lugares que no pertenecen al departamento de Estelí.

DEFINICION DE CASO: Todas las mujeres que presentaron una muerte fetal intrauterina a partir de las 20 semanas de gestación o de fetos cuyo peso era mayor de 500 gramos, y que fueron atendidas en el hospital San Juan de Dios Estelí en el período comprendido de enero del año 2005 a enero del año 2007.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Embarazada con muerte fetal intrauterina mayor de 20 semanas de gestación o peso fetal mayor de 500 gramos (OBITO FETAL).
- Que el nacimiento haya sido atendido en el Hospital San Juan de Dios de Estelí en el periodo de estudio.
- Que las pacientes fueran procedentes del departamento de Estelí.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Embarazada con muerte fetal intrauterina menor de 20 semanas de gestación o peso fetal menor de 500 gramos (ABORTO).
- Que las pacientes NO fueran procedentes del departamento de Estelí.

FUENTE DE RECOLECCIÓN DE DATOS: SECUNDARIA. El listado de pacientes con diagnóstico de óbito fetal fue obtenido del Departamento de Registro del Hospital, igual que los expedientes de cada una de las pacientes del listado. Los cuestionarios fueron llenados a partir de esos expedientes clínicos y de la revisión de las fichas de mortalidad perinatal de la oficina de vigilancia epidemiológica del hospital.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS: Se utilizó un cuestionario conteniendo preguntas estructuradas sobre los datos sociodemográficos, antecedentes ginecológicos, obstétricos, patológicos, y las características del control prenatal de las pacientes incluidas en el estudio.

PROSESAMIENTO DE DATOS: Una vez recolectada la información se introdujo en una base de datos utilizando el programa SPSS versión 13. La información fue analizada en este mismo programa obteniendo datos de frecuencia simple y porcentajes, los que fueron presentados en tablas y gráficos.

CONSIDERACIONES ÉTICAS: Nuestro estudio utilizó fuente de información secundaria (expedientes clínicos y fichas del programa de vigilancia epidemiológica) con el consentimiento previo del Señor Director del Hospital San Juan de Dios de la ciudad de Estelí, Dr. José A. Úbeda M.

No se han extraído ni utilizado nombres ni datos de identificación para preservar la privacidad de las pacientes.

Una vez concluido, se hará retroalimentación de los resultados a los servicios involucrados, con el fin de aportar una herramienta útil que contribuya al mejoramiento de la calidad de atención y disminución del problema.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	ESCALA
OBITO FETAL	Muerte Fetal in útero antes de su viabilidad después de las 20 semanas de gestación, con peso mayor a los 500 gramos.	Expediente clínico	Intermedia (20 a 27 semanas de gestación) Tardía (28 a 40 semanas de gestación)
EDAD	Tiempo vivido desde el nacimiento hasta el momento del diagnóstico de óbito fetal	Expediente Clínico	Menor de 15 años 15-19 años 20-24 años 25- 29 años 30-34 años Mayor de 35 años
ESCOLARIDAD	Mayor nivel académico alcanzado por la paciente al momento de su ingreso a la unidad de salud.	Expediente Clínico	Analfabeta Alfabeto Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Estudios universitarios
ESTADO CIVIL	Situación legal de una persona natural con relación o no al matrimonio civil.	Expediente clínico	Soltera Unión libre Casada Divorciada Viuda
PROCEDENCIA	Origen de la paciente, lugar de habitación, ya sea urbano o rural.	Expediente clínico.	Rural Urbana

OCUPACION	Actividad u oficio al que se dedica la paciente al momento del diagnostico de óbito fetal.	Expediente Clínico	Obrera Ama de casa Profesional
TALLA	Altura de la paciente medida en centímetros.	Expediente clínico	Dato exacto registrado en el expediente.
GANANCIA DE PESO DURANTE EL EMBARAZO.	Incremento de peso de la paciente comparando su peso al momento de embarazarse y el peso cuando se hace el diagnóstico de óbito fetal	Expediente clínico	Menos de 6 kilogramos 6 - 11 Kilogramos Más de 11 Kilogramos
ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS.	Historia de afección física, psicológica o mental de la paciente antes del embarazo.	Expediente clínico	Hipertensión Arterial Infección de vías urinarias Anemia Cáncer Infertilidad Epilepsia Diabetes Tuberculosis Otros
ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS.	Hábitos de la paciente no relacionados con afecciones patológicas sucedidos antes del embarazo.	Expediente clínico	Ingesta de: Café Alcohol Drogas Otros

PATOLOGIAS DURANTE EL EMBARAZO.	Afección que la paciente padece durante la gestación.	Expediente clínico	Infección de vías urinarias Preeclampsia Vaginosis Ruptura prematura de membranas. Amenaza de aborto. Desprendimiento de placenta normoinserta.
ANTECEDENTES GINECOLOGICOS Y OBSTETRICOS	Historia ginecológica y obstétrica de la paciente antes del embarazo actual.	Expediente clínico	Gestaciones Partos Abortos Cesáreas Legrado uterino por aspiración. Legrado uterino instrumental.
PERIODO INTERGENESICO	Tiempo transcurrido entre el nacimiento de un niño hasta el nacimiento del siguiente restándole la edad gestacional del embarazo índice.	Expediente clínico	Mayor de 18 meses Menor de 18 meses
N° DE CPN RECIBIDOS	Número de visitas a Control Prenatal a las que asistió la paciente durante su embarazo.	Expediente clínico	Ninguno Menos de 4 De 5 a 9 Más de 9
RECURSO QUE BRINDO LA ATENCION	Persona encargada de realizar el control prenatal	Expediente clínico	Enfermera Médico general Médico especialista Nadie

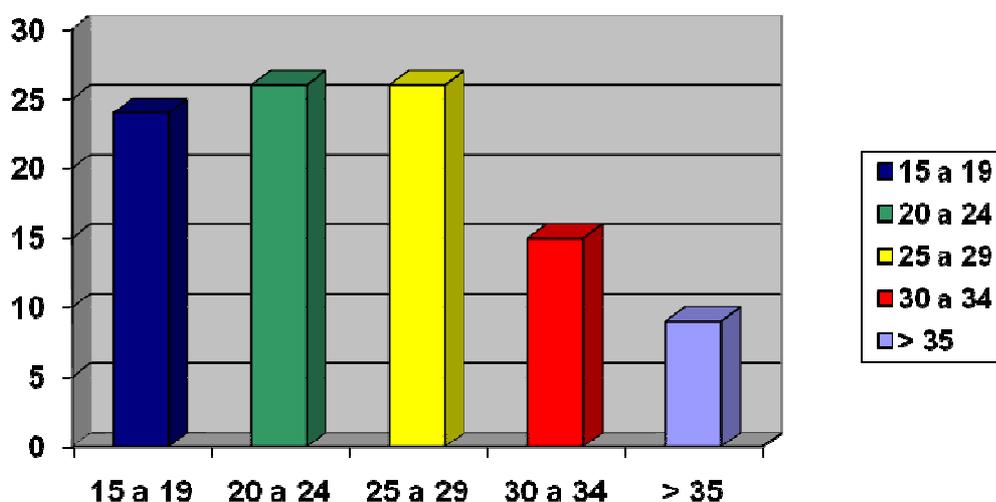
RESULTADOS

Un total de 7044 partos fueron atendidos en el Hospital San Juan de Dios de Estelí durante el período de estudio, 5021 por vía vaginal y 2023 por vía abdominal (cesárea). De estos, 71 fueron inicialmente diagnosticados como óbitos fetales (54 eran del Departamento de Estelí, 7 eran abortos y 10 pertenecían a otros departamentos). Lo que dio una tasa de óbitos fetales de 10 x 1000 nacidos vivos para el Hospital de Estelí.

Finalmente, se incluyeron 54 pacientes, provenientes del departamento de Estelí cuyos embarazos terminaron en óbito fetal, atendidas en el Hospital San Juan de Dios de la ciudad de Estelí, en el periodo de estudio y que cumplían todos los criterios de inclusión y exclusión.

La edad promedio de la población de estudio fue de 25 años. Las edades en que más se presentaron óbitos fetales fueron en los grupos etáreos de 15-19 años (24%); de 20-24 años (26%) y de 25-29 años (26%). (Gráfico 1)

GRÁFICO 1: Distribución de la población de estudio de acuerdo a grupos etáreos. Hospital San Juan de Dios, Estelí. Enero 2005 a Enero 2007.



El nivel académico alcanzado más frecuente fue: primaria incompleta (22%); seguido por primaria completa (17%) y secundaria completa (28%).

Referente al estado civil fueron solteras (28%); casadas (28%); acompañadas (44%). Procedieron del área rural (52%) y del área urbana (48%).

La ocupación refirieron ser: amas de casa (76%); domestica (7%) y estudiantes (7%).

(Tabla 1)

Tabla 1: Distribución de la población de estudio de acuerdo a otras características sociodemográficas. Hospital San Juan de Dios, Estelí. Enero 2005 a Enero 2007.

Otras Características Sociodemográficas	Escalas	Número n =54	Porcentaje %
Procedencia	Rural	28	52
	Urbana	26	48
Escolaridad	Analfabetas	8	15
	Primaria incompleta	12	22
	Primaria completa	9	17
	Secundaria incompleta	6	11
	Secundaria completa	15	28
	Estudios superiores	4	7
Estado civil	Soltera	15	28
	Casada	15	28
	Acompañada	24	44
Ocupación	Obreras	3	6
	Amas de casa	41	76
	Profesional	2	4
	Domestica	4	7
	Estudiante	4	7

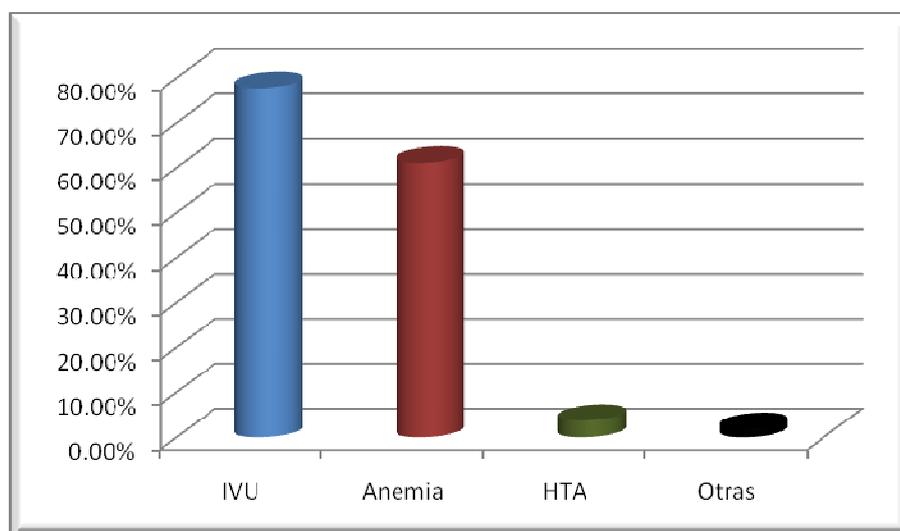
La altura medida en centímetros y alcanzada por la paciente al momento del diagnóstico de óbito fetal fue menor de 150 cm en (17%) y mayor de 150 cm en (83%), con un valor promedio de 158 cm. La ganancia de peso durante el embarazo fue menor de 6 kilogramos en el (54%); de 6 – 11 kilogramos (41%) y mayor de 11 kilogramos (5%). (Tabla 2)

Tabla 2: Distribución de la población en estudio de acuerdo a sus medidas antropométricas. Hospital San Juan de Dios, Estelí. Enero 2005 a Enero 2007.

Características antropométricas	Escalas	Número n =54	Porcentaje %
Talla en Centímetros.	Menor de 150 cm	9	17
	Mayor de 150 cm	45	83
Ganancia de peso en Kilogramos.	Menos de 6 kg	29	54
	De 6 a 11 kg	22	41
	Más de 11 kg	3	5

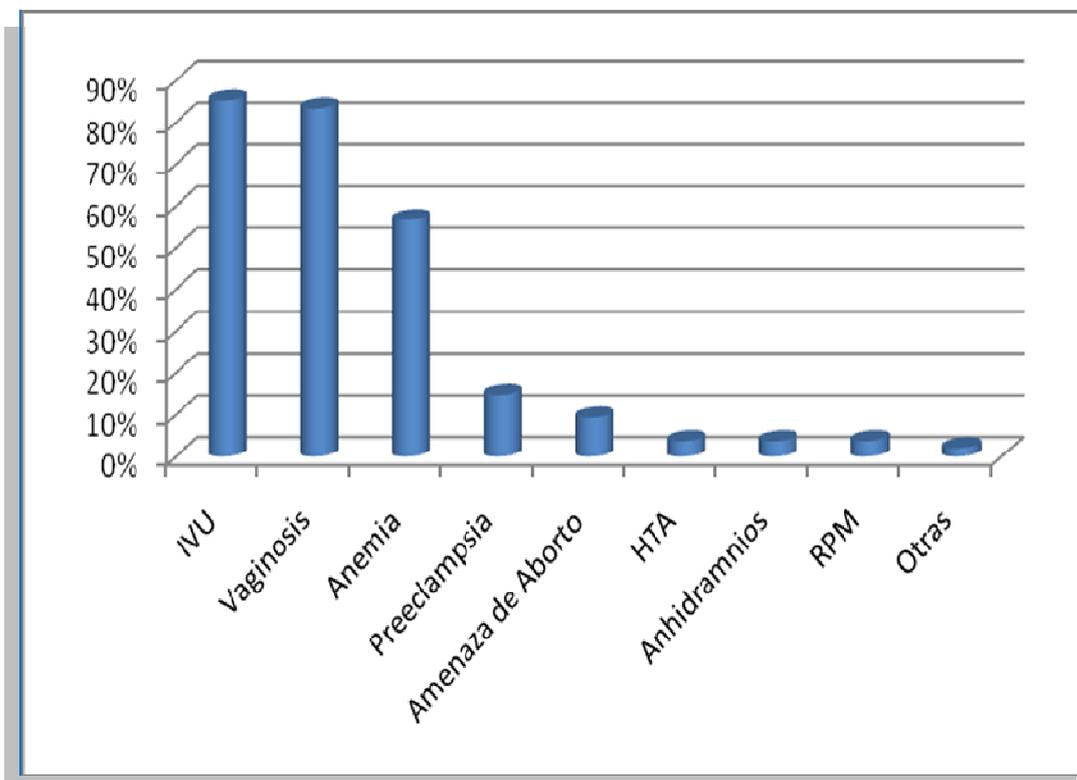
Las patologías referidas por las pacientes antes del embarazo fueron: infección de vías urinarias (77.8%); anemia (61.1%); hipertensión arterial (3.7%); obesidad y polio, (1.9% respectivamente). Otro 1.9% tenían antecedentes de cirugía pélvica. (Grafico 2)

GRÁFICO 2: Distribución de la población de estudio de acuerdo a las patologías antes del embarazo. Hospital San Juan de Dios, Estelí. Enero 2005 a Enero 2007.



Las patologías referidas durante la gestación fueron; infección de vías urinarias (85.2%); vaginosis (83.3%); anemia (55.6%); preeclampsia (14.8%); amenaza de aborto (9.3%); hipertensión arterial, anhidramnios, ruptura prematura de membranas (3.7%) respectivamente; neumonía, polihidramnios, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (1.9%) respectivamente. (Gráfico 3)

GRÁFICO 3: Distribución de la población de estudio de acuerdo a las patologías referidas durante la gestación. Hospital San Juan de Dios, Estelí. Enero 2005 a Enero 2007.



Los hábitos antes y durante el embarazo fueron: ingesta de café (93%) correspondientemente. (Tabla 3)

Tabla 3: Distribución de la población de estudio de acuerdo a sus hábitos antes y durante la gestación. Hospital San Juan de Dios, Estelí. Enero 2005 a Enero 2007.

Hábitos	Escalas	Número n =54	Porcentaje %
Antes del Embarazo	Ingesta de Café	50	93
	Fumado	1	2
Durante el Embarazo	Ingesta de Café	50	93

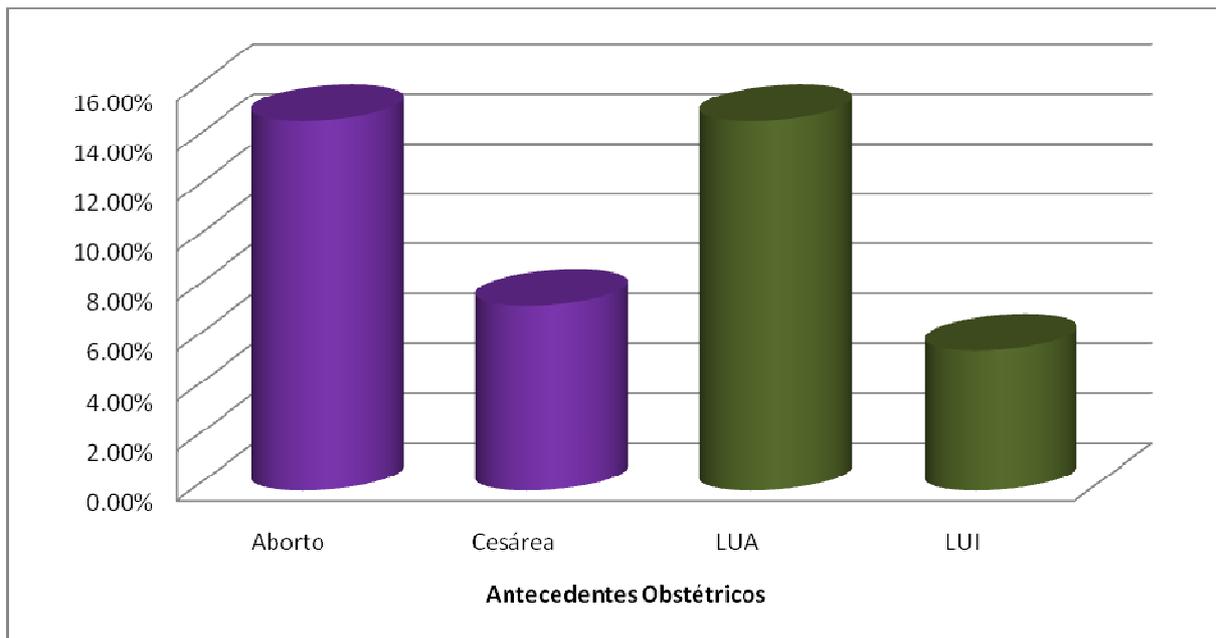
Respecto al número de gestaciones: ninguna (31.5%); una gesta (22%); dos gestas (31.5%); tres gestas (11%); cuatro gestas (4%). Acorde a la paridad nulípara (37%) y multíparas (63%). El periodo ínter genésico fue menor de 18 meses en el 59% de las pacientes y mayor de 18 meses en un 41%, encontrándose un valor promedio de 12 meses. (Tabla 4)

Tabla 4: Distribución de la población de estudio de acuerdo a sus antecedentes ginecológicos y obstétricos. Hospital San Juan de Dios, Estelí. Enero 2005 a Enero 2007.

Antecedentes Ginecológicos y Obstétricos	Escalas	Número n =54	Porcentaje %
Gestaciones	Ninguna	17	31.5
	Una	12	22
	Dos	17	31.5
	Tres	6	11
	Cuatro	2	4
Paridad	Nulípara	20	37
	Multípara	34	63
Periodo Intergenésico	Menor de 18 Meses	32	59
	Mayor de 18 Meses	22	41

Presentaron antecedentes de aborto (14.8%); antecedentes de cesárea (7.4%). Antecedentes de legrado uterino por aspiración manual (14.8%) y legrado uterino instrumental (5.6%). (Gráfico 4)

Gráfico 4: Distribución de la población de estudio de acuerdo a sus antecedentes obstétricos. Hospital San Juan de Dios, Estelí. Enero 2005 a Enero 2007.



En cuanto a la edad gestacional se encontró 15 casos de muertes fetales intrauterinas intermedias (28%) y 39 casos de muertes fetales intrauterinas tardías (72%).

Respecto al peso del producto obitado encontramos 43 casos con peso mayor de 2500 gramos (80%) y 11 casos con productos obitados menor de 2500 gramos (20%). (Tabla 5)

Tabla 5: Distribución de la población en estudio de acuerdo a las características de los óbitos. Hospital San Juan de Dios, Estelí. Enero 2005 a Enero 2007.

Características de los Óbitos	Escalas	Número n =54	Porcentaje %
Edad gestacional en muertes fetales intrauterinas.	Intermedias	15	28
	Tardías	39	72
Peso	Menor de 2500 gr	11	20
	Mayor de 2500 gr	43	80

Respecto a la atención recibida durante el control prenatal hubieron menos de 4 controles en el 61% de las pacientes y de 5 a 9 controles en el 39%; la mayoría de estos fueron realizados en puestos de salud en un 48%; centros de salud 46% y un 6% no se lo realizó.

La captación en el momento del primer control prenatal fue 72% en el primer trimestre del embarazo; 22% en el segundo trimestre y un 6% no se lo realizó.

El recurso encargado de realizar el control prenatal estuvo a cargo de personal de enfermería en un 61%; médicos generales en 33%. (Tabla 6)

Tabla 6: Distribución de la población en estudio de acuerdo a las características de la atención recibida durante el embarazo. Hospital San Juan de Dios, Estelí. Enero 2005 a Enero 2007.

Atención durante el Embarazo	Escalas	Número n =54	Porcentaje %
N°de CPN	Menos de 4	33	61
	De 5 a 9	21	39
Lugar	Puesto de Salud	26	48
	Centro de Salud	25	46
	No se realizo	3	6
Captación	Primer Trimestre	39	72
	Segundo Trimestre	12	22
	No se realizó	3	6
Recurso que lo realizó	Enfermeras	33	61
	Médicos generales	18	33
	Nadie	3	6

Las pacientes estuvieron hospitalizadas durante la gestación en una ocasión un 41% y en dos ocasiones 4%. Las causas fueron por infección de vías urinarias (26%); amenaza de aborto (11%); preeclampsia (6%) y pielonefritis (2%). (Tabla 7)

Tabla 7: Distribución de la población en estudio de acuerdo a las hospitalizaciones y sus causas. Hospital San Juan de Dios, Estelí. Enero 2005 a Enero 2007.

Hospitalizaciones y Causas	Escalas	Número n =54	Porcentaje %
Número de Hospitalizaciones	Una ocasión	22	41
	Dos Ocasiones	2	4
Causas	IVU	14	26
	Amenaza de Aborto	6	11
	Preeclampsia	3	6
	Pielonefritis	1	2

DISCUSION DE LOS RESULTADOS

El óbito fetal es un evento obstétrico negativo, el cual ha venido disminuyendo en los países desarrollados, no así en países subdesarrollados como el nuestro. En los últimos reportes en el ámbito nacional hubo 735 óbitos en el año 2005 y 846 óbitos en el año 2006, en lo que va de este año hasta la semana epidemiológica número 22 se reportaron 350 casos, 15 casos menos que los reportados el año pasado a la misma fecha.

Encontramos que la edad materna más predominante fue la de mujeres entre 20 a 24 años y de 25 a 29 años con 26% respectivamente; lo cual concuerda con la bibliografía que refiere que ésta es la edad reproductiva óptima para la procreación. (11)

El nivel académico más alto alcanzado por las pacientes en razón de aparición fue secundaria completa (28%) y se observó que el 15% de ellas eran analfabetas.

El estado civil de las pacientes estudiadas de mayor predominio fue acompañada (44%).

Más de la mitad de las pacientes procedían del área rural, lo cual podría estar relacionado con el hecho de mayor inaccesibilidad a las unidades de salud ante alguna situación como la estudiada, referido en la bibliografía consultada. (17)

La mayoría de las pacientes fueron amas de casa (76%), lo cual podría estar relacionado con resultados de un estudio, donde el mayor porcentaje de mujeres embarazadas realizaban trabajos físicos y mantenían labores en la casa hasta el final de la gestación. (17)

La altura promedio encontrada en las pacientes fue de 158 cm, lo cual no concuerda con la bibliografía revisada donde la talla baja representa un posible factor preconcepcional, para muerte perinatal. (18)

La ganancia de peso fue inadecuada en el (54%) de las pacientes, que pasadas las 20 semanas de gestación habían alcanzado menos de 6 kilogramos por arriba del peso anterior a la gestación. Un aporte calórico insuficiente, podría ocasionar desnutrición materna que de no ser corregida podría afectar al producto. (11)

Las patologías más frecuentes referidas por las pacientes antes del embarazo fueron: infección de vías urinarias y anemia. Durante el embarazo, lo más frecuente continuó siendo las infecciones de vías urinarias y en este caso vaginosis; de las cuales la infección de vías urinarias sobre todo durante el tercer trimestre del embarazo está asociada a una mayor incidencia de partos prematuros y riesgo de sepsis, inclusive de muerte fetal, según referencias bibliográficas. (11)

Respecto a los hábitos de la paciente lo más referido fue la ingesta de café antes y durante el embarazo, lo cual no es relevante, para el estudio en cuestión, puesto que no encontramos bibliografía que argumentara la nocividad de este hábito. (Tabla 3)

El mayor porcentaje de las pacientes fueron multíparas, con antecedentes de partos vaginales y por tanto con pelvis fisiológicamente aptas para el momento del parto. (11)

El periodo intergenésico fue menor de 18 meses en el 59% de las pacientes, desde el punto de vista biológico se habla de un organismo no recuperado totalmente para una nueva gestación que de existir, podría conllevar a retardos en el crecimiento intrauterino y muerte fetal. (8, 13)

En cuanto a la edad gestacional se encontró que el mayor porcentaje de muertes intrauterinas fueron tardías (72%), hablamos ya de productos totalmente formados, con peso mayor de 2500 gramos, en los cuales posiblemente se descuidó el seguimiento del control prenatal una vez realizada la captación, ya que esta última fue adecuada en su mayoría.

En la atención recibida durante el control prenatal se encontró que la mayoría de las pacientes se realizaron pocos controles prenatales (menos de cuatro en un 61 %), aunque un total de 5 controles prenatales se consideran suficientes para un embarazo sin riesgo obstétrico. (11)

No podemos partir del punto de que por terminar estos embarazos incluidos en el estudio en óbito fetal, fueran todos “Alto riesgo obstétrico”. Los controles realizados fueron oportunos en cuanto a la captación, la atención fue brindada por personal médico y de enfermería, lo cual no presentó relación con los óbitos fetales estudiados, dado que quizá la mayoría se presentaron en una emergencia que no fue tratada adecuadamente.

El 44% de las mujeres sujetas al estudio, estuvieron hospitalizadas durante la gestación, las razones principales fueron: infección de vías urinarias y amenaza de aborto, que como se mencionó anteriormente existen referencias bibliográficas que señalan la relación con amenaza de parto prematuro, sepsis e incluso muerte prenatal.

CONCLUSIONES

1. Respecto a las características socio demográficas de las pacientes que presentaron óbito fetal se encontró que: La edad materna más frecuente fue de 20 a 29 años edad, escolaridad de secundaria completa en su mayoría, lo cual no es frecuente; estado civil acompañadas; amas de casa, y procedentes del área rural.
2. Los antecedentes personales patológicos más comunes encontrados en ellas fueron: Infección de vías urinarias y anemia. Las patologías referidas durante el embarazo infección de vías urinarias y vaginosis bacteriana.
3. En general las pacientes presentaban antecedentes de partos vaginales. Con periodo intergenésicos cortos al momento de dar a luz a estos óbitos fetales.
4. En este estudio la variable de control prenatal, no presento relevancia en relación al diagnostico de óbito fetal, debido a que la mayor parte de las mujeres tenían captación temprana; más de la mitad de las mujeres tenían adecuado números de controles prenatales, los cuales fueron realizados por personal de enfermería y médicos generales.
5. Las principales patologías por las que estuvieron hospitalizadas las pacientes durante la gestación fueron: infección de vías urinarias y amenaza de aborto.

RECOMENDACIONES

1. Hacer énfasis en la realización de los exámenes de laboratorio de rutina a la gestante desde el primer control prenatal, para prevenir factores de riesgo de óbito fetal.
2. Capacitar promotores de la salud, que puedan acceder a comunidades rurales, para mejorar la captación de la mujer embarazada, para detectar tempranamente factores de riesgo de óbito fetal y lograr disminuir este evento obstétrico negativo.
3. Instruir a los brigadistas de salud sobre las principales patologías que pueden afectar a la gestante; como identificarlas y en qué momento referir a un nivel de resolución mayor.
4. Realizar evaluaciones periódicas y actualizar al personal médico y de enfermería encargado del área de ginecología y obstetricia; haciendo énfasis en la atención primaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sobalvarro LR. Factores de riesgo asociados a óbito fetal. Hospital Fernando Vélez Paiz enero del año 2002 a octubre del año 2004.
2. Barro. Causa de mortalidad perinatal. Revista de salud Publica de Brasil 1987.
3. ACOG Technical Bulletin Nº 176. January 1993: Diagnosis and management of fetal death. Int J Gynecology and Obstetric 1993; 42: 291-299.
4. Samueloff A, Xenakis. EMJ. Bercus MD. Huff RW. Langer. Recurrent Still Birth. Significance and characteristics J Reprod Med 1993; 883 – 886.
5. López, Taylor; Factores asociados a muerte fetal tardía en el Hospital Fernando Vélez Paiz. 1992. Monografía.
6. Caldera M; Falla; Factores asociados a muerte fetal tardía y neonatal precoz de madres en productos atendidos en el Hospital García Laviana de Rivas. Enero 1994 – Diciembre 1998. Monografía.
7. Olivia C; Factores de riesgo asociados a mortalidad perinatal en el Hospital Berta Calderón Roque. Facultad de Ciencias Médicas, UNAN Managua. 2002. Monografía.
8. Soso D. Vargas B. Análisis comparativo de los casos de mortalidad perinatal ocurridos en el SILAIS de Boaco en los primeros semestres de los años 2000-2001-2002. Monografía.
9. SILAIS Estelí. Datos de vigilancia epidemiológica. Marzo 2007.
10. Pérez S. Donoso S. Obstetricia 2da edición 1992. Publicaciones Mediterráneo. Santiago de Chile.

11. Schwarcz RL. Obstetricia. 5ta edición. Editorial el ateneo. 1995. Reimpresión 2003.
12. Albers LL. Savitz DA. Hospital setting and fetal death during labor among women at low risk. Am J Gynecology and Obstetric 1991; 164: 868.
13. Stewart, T; Obstetricia Beck.Nueva editorial interamericana.Mexico DF. 1979.
14. Botero J. Jubiz A. Henao G. Obstetricia y Ginecología. Texto integrado. Universidad de Antioquia. 5ta edición 1994. reimpresión 1997.
15. Dantforth. Tratado de obstetricia y Ginecología. 8va ed. Editorial McGraw Hill. México DF. 2001.
16. Cunningham MD. Mac Donald MD y col. William Obstetricia. 20 edición; 1998: 2:29 edición Panamericana.
17. Schiber, et al. Análisis de los factores de riesgo de la mortalidad perinatal en zona rural de Guatemala. OPS. 1994.
18. Centro latinoamericano de perinatología y desarrollo humano. Atención inmediata al recién nacido.

ANEXOS

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

“Factores Maternos Asociados a Óbitos Fetales en Pacientes que Fueron Atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Estelí, en el Periodo de Enero del año 2005 a Enero del año 2007”.

I. Datos Generales:

1. Edad: _____
2. Escolaridad: _____
3. Estado Civil: _____
4. Procedencia: _____
5. Municipio: _____
6. Ocupación: _____

II. Medidas Antropométricas:

1. Talla: _____
2. Ganancia de peso durante el embarazo: _____

III. Antecedentes Personales Patológicos:

1. HTA: _____
2. Diabetes: _____
3. IVU: _____
4. Cardiopatías: _____
5. Anemia: _____
6. LES: _____
7. Cáncer: _____
8. Cx. Pélvicas: _____
9. Infertilidad: _____
10. Tb: _____
11. Epilepsia: _____
12. Otros: _____

IV. Patologías Durante el Embarazo

1. HTA: _____
2. Diabetes: _____
3. IVU: _____
4. Cardiopatías: _____
5. Anemia: _____
6. Cáncer: _____
7. Cx. Pélvicas: _____
8. Tb: _____
9. Traumas: _____
10. Preeclampsia: _____
11. RPM: _____
12. DPPNI: _____
13. Isoinmunización: _____
14. Amenaza de Aborto: _____

15. Vaginosis: _____

16. Accidente en Auto: _____

17. Epilepsia: _____

18. Otros: _____

V. Antecedentes Personales No Patológicos.

A) Antes del Embarazo:

1. Fuma: _____

2. Drogas: _____

3. Café: _____

4. Alcohol: _____

5. Medicamentos: _____

Cuales:

B) Durante el Embarazo:

1. Fuma: _____

2. Drogas: _____

3. Café: _____

4. Alcohol: _____

5. Medicamentos: _____

Cuales:.....

VI. Antecedentes Obstétricos.

1. G: ____ 2. P: ____ 3. A: ____ 4. C: ____ 5. LAU/LUI: _____

6. Período Intergenésico: _____ 7. Edad Gestacional: _____

8. Peso del producto: _____

VII. Atención Recibida Durante el Embarazo.

1. N° de CPN recibidos: _____ 2. Lugar: _____

3. Edad Gestacional en el 1r CPN: _____

4. Recurso que realizó el CPN: _____

5. N° de Hospitalizaciones Durante el Embarazo: _____

6. Causas: _____