

# Recomendación para el estudio del óbito fetal de acuerdo a la revisión de Guías Clínicas

Yessy Lacerda<sup>1</sup>, Violeta Quintela<sup>2</sup>, Francisco Coppola<sup>3</sup>

## Resumen

**Introducción.** La maternidad de referencia del Pereira Rossell tiene una tasa de óbitos que excede la media nacional y el porcentaje de óbitos clasificados como inexplicables supero ampliamente lo recomendado. Carece de un protocolo o guía de estudio.

**Objetivo.** Establecer recomendaciones de estudio de los nuevos casos de óbito en el CHPR.

**Material y métodos.** Se realizó una revisión de las guías clínicas de referencia internacional. Se analizaron, se estudió la concordancia y la validez externa de aplicabilidad en nuestro medio.

**Resultados.** Se establecen dos tipos de recomendaciones generales: 1) Investigaciones bá-

sicas aplicables a todos los casos y 2) Investigaciones secuenciales o selectivas que son las orientadas a los diferentes escenarios del caso clínico.

**Discusión y conclusiones.** Se propone un protocolo sencillo y aplicable, que podrá reducir los óbitos inexplicables, ofrecerá diagnóstico y posibilidad de prevención, no obstante, es un instrumento que deberá completarse con la estructuración de un equipo multidisciplinario que asegure el estudio de los casos, seguimiento, la devolución a la familia y establezca estrategias preventivas

*Palabras clave:* muerte fetal, guía de práctica clínica.

1. Gineco- obstetra Docente G2 de la Clínica Ginecotocológica A
2. Gineco- obstetra Docente G2 de la Clínica Ginecotocológica A
3. Profesor Agregado de Clínica Ginecotocológica A

Contacto: yessylacerdanieves@gmail.com

Recibido: 1/11/2019. Aceptado: 13/12/2019

## Abstract

**Introduction.** The Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR), maternity hospital of reference, has a fetal death rate that exceeds the nation-

al average and the percentage of fetal deaths classified as unexplained are well over the recommended rates. The CHPR lacks a protocol or study guide to follow.

**Objective.** To establish recommendations for the study of new cases of fetal death in the CHPR-

**Material and methods.** A review of the international clinical Guidelines of reference was made. They were analyzed and the concordance and external validity of applicability in our environment was studied.

**Results.** Two types of general recommendations were established. 1. Basic investigations applicable to all cases and 2. Sequential or selective investigations oriented to the different scenarios of the clinical case.

**Discussion and conclusions.** A simple and applicable protocol is proposed, that can reduce unexplained deaths and will offer a possibility of diagnosis and prevention. However, it is an instrument that must be completed with a multidisciplinary team that ensures the study of cases, follow-up, return to the family and establish preventive strategies.

*Keywords:* fetal death, practice guideline..

## INTRODUCCIÓN

En el reciente trabajo de Quintela et al. (página 33 de esta revista) se demostraron enormes déficits en el estudio de los casos de óbitos en la Maternidad del Hospital Pereira Rossell, asociado a una tasa de óbitos que excede largamente la media nacional.<sup>1,2</sup>

Estos déficits abonan la necesidad de implementar urgentemente un protocolo específico.

Tener un protocolo de estudio permitiría acercarse al diagnóstico etiológico y actuar sobre las causas potencialmente pre-

venibles para futuras gestaciones, así como asesorar a la paciente sobre el pronóstico reproductivo; para ello, hay un metaanálisis reciente al respecto.<sup>3</sup>

A su vez, la implementación de un protocolo sistematizado para el estudio de rutina de los casos de muerte fetal ha demostrado ser costo-efectivo para el conocimiento de las causas del óbito, y permite establecer causantes que, de otro modo, no serían conocidas. También ayuda a disminuir la cantidad de óbitos en los que la causa es reportada como inexplicable.<sup>4</sup> La calificación como causa inexplicable no debería superar al 30%, lo que quiere decir que la mayoría de los óbitos *son prevenibles*.

La identificación de una causa no recurrente del óbito evita intervenciones innecesarias en próximos embarazos, por el contrario, la detección de una causa recurrente permite tomar acciones específicas para evitar la recurrencia, lo que es tranquilizador para los padres y costo-efectivo para los servicios de salud.

## OBJETIVO

- Establecer recomendaciones de estudio de los nuevos casos de óbito en el CHPR.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una revisión no sistematizada de las principales guías clínicas internacionales sobre el correcto estudio del óbito fetal para la determinación de sus principales causas con el objetivo de realizar recomendaciones para su adecuada valoración.

Se llevó a cabo una búsqueda no sistematizada con los siguientes términos: "fetal death" or "foetal death" or "fetal loss" or

“foetal loss”, “stillbirth” or “stillborn”, “cause of death”, “Intrauterine fetal death investigation”, “fetal demise”, “perinatal audit”, “perinatal review”. Se revisaron las siguientes bases de datos: Cochrane Library, ClinicalKey, DynaMed y PubMed, se seleccionaron los artículos de acuerdo al título y resumen.

Se filtró por: epidemiología, etiología y estadística, se revisaron investigaciones clínicas y revisiones sistemáticas de los últimos 5 años.

## RESULTADOS

Se obtuvieron 235 artículos que fueron analizados por título y resumen, de los cuales se seleccionaron 19 de ellos en base a los objetivos del trabajo.

Además se realizó una búsqueda con los mismos términos en las principales sociedades científicas: Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos (ACOG),<sup>6</sup> Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG),<sup>7</sup> SCOG,<sup>8</sup> Clinic Barcelona,<sup>9</sup> UptoDate,<sup>10</sup> WHO<sup>11</sup>.

Las guías seleccionadas fueron analizadas comparadas y evaluando la validez externa en relación a que sea posible aplicarlas en nuestro medio.

Las *Recomendaciones* que se presentan a continuación pretenden ser una guía para el profesional para el estudio como forma de optimizar los recursos y mejorar la atención y la experiencia de cada paciente al transcurrir un evento tan desafortunado como es la muerte fetal intrauterina.

No hay un consenso entre las diferentes sociedades que establezca cuál es la correcta manera de estudiar al óbito, y a menudo estos protocolos son largos y no se adaptan a cada paciente en particular.<sup>12</sup>

Idealmente una guía para el estudio, debería incluir la menor cantidad de estudios, con el menor costo posible, que asegure acercarse a la causa de la muerte fetal, y logre disminuir el número de casos reportados como “inexplicado” que actualmente representa aproximadamente dos tercios de los óbitos en la mayoría de las series<sup>13</sup>, pero que estudiado adecuadamente se reduciría a un tercio<sup>5</sup>.

De la revisión realizada la mayoría de las guías comparten que debe realizarse el estudio de todos los óbitos fetales, a menos que ya exista una causa clara previamente identificada que explique la causa del mismo.

Las investigaciones recomendadas después de una muerte fetal incluyen aquellas que deberían ser de rutina para la mayoría de las muertes fetales (investigaciones básicas) y aquellas que deberían realizarse en base a la información revelada a partir de investigaciones centrales, o en presencia de escenarios clínicos específicos (investigaciones secuenciales o selectivas).

Se realiza a continuación un resumen de las investigaciones clínicas y paraclínicas que deben realizarse ante un caso de óbito fetal, siguiendo las recomendaciones actuales internacionales, tabla 1. Las investigaciones selectivas se esquematizan en la tabla 2.

**Tabla 1.**  
Investigaciones básicas.

Investigaciones básicas	Anteparto	<b>Historia clínica materna</b>	Incluye: comorbilidades, consumo de drogas, fármacos, antecedente de trombosis
		<b>Antecedentes obstétricos</b>	Incluye: antecedente de óbitos previos, pérdida recurrente de embarazo, malformaciones congénitas, feto macrosómico o RCIU
		<b>Antecedentes familiares</b>	Incluye: trombosis, malformaciones y enfermedades congénitas, diabetes, coagulopatías
		<b>Historia clínica paterna</b>	Historia clínica personal y familiar que incluya antecedentes de malformaciones o enfermedades congénitas
		<b>Historia del embarazo</b>	Controles, tolerancia, paraclínica
		<b>Test de Kleihauer-Betke</b>	Aun en ausencia de clínica materna e independiente del grupo sanguíneo.
	Postparto	<b>Examen físico externo fetal</b>	Guiado por neonatólogo o genetista. Incluye peso, medidas antropométricas y valoración de malformaciones externas
		<b>Examen de placenta y cordón</b>	Valorar áreas de infartos o elementos sugestivos de infección
		<b>Autopsia fetal</b>	Con consentimiento de los padres. De no consentir, debe ofrecerse autopsia selectiva.  Si sospecho malformaciones del SNC: RNM de cráneo, de lo contrario, radiografía fetal
		<b>Estudio anatomopatológico de placenta y anexos ovulares</b>	Aclarar en dato clínico los hallazgos del examen físicos fetal y de la placenta
		<b>Estudio citogenético</b>	Microarray o cariotipo si éste no estuviera disponible

**Tabla 2.**  
Investigaciones secuenciales o selectivas.

Investigaciones secuenciales, complementarias, según escenario clínico	<b>Grupo y Coombs</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si no tiene en el embarazo</li> <li>• Si el mortinato presenta: anemia fetal, ictericia o hidrops.</li> </ul>	
	<b>SAFE</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si AP o AF de trombosis, AP de pérdida recurrente de embarazo, RCIU o PEG, DPPNI, infartos placentarios u otros elementos de insuficiencia placentaria</li> </ul>	
	<b>Trombofilias hereditarias</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solamente si historia familiar o personal altamente sugestiva *</li> </ul>	
	<b>HbA1C</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si feto GEG, PEG</li> <li>• Antecedes obstétricos de feto macrosómico</li> <li>• Obesidad materna</li> </ul>	
	<b>Infecciones congénitas</b>	<b>TORCH</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si feto RCIU o elementos de infección en la placenta o en la autopsia fetal</li> <li>• Si elementos clínicos sugestivos de infección materna</li> <li>• Toxoplasmosis, si no tiene previo o no está inmunizada</li> <li>• Rubéola solamente si no está vacunada o no se buscó en el primer trimestre</li> </ul>
		<b>Sífilis</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• De no tener serología vigente o historia clínica sugestiva de infección materna</li> </ul>
		<b>Parvovirus B19</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si feto con hidrops o anemia severa</li> </ul>
	<b>Función tiroidea</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si AP o clínica sugestiva</li> </ul>	
	<b>Funcional y enzimograma hepático y Ácidos biliares</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si historia de prurito materno</li> </ul>	
	<b>Cultivos</b>	<b>Exudado recto vaginal, endocervical, hemocultivo y urocultivo</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si elementos clínicos de infección ovular</li> </ul>
		<b>Fetal y de placenta</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si elementos clínicos de infección ovular</li> </ul>
	<b>Búsqueda de drogas en orina</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si historia clínica sugestiva</li> </ul>	
	<b>Otras enfermedades infecciosas</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incluye malaria y enfermedad de Lyme si antecedente de viaje a zonas endémicas</li> </ul>	

\* Su rol en la etiología del óbito es controversial y los resultados pueden llevar a intervenciones innecesarias <sup>(11)</sup>

## CONCLUSIONES

- El protocolo de estudio propuesto resume las evidencias de las guías clínicas internacionales.
- Homogeniza el estudio de una forma aplicable reuniendo la información básica necesaria en todos los casos y la información orientada a cada caso.
- Este esquema diagnóstico reducirá el porcentaje de óbitos inexplicables, ofreciendo diagnóstico y pronóstico de futuro
- No es suficiente por si mismo.
- Es necesario establecer un equipo multidisciplinario formado por patólogo, genetista, pediatra, obstetra, equipo de salud mental y especialista en medicina fetal, que lleven a cabo una instancia de devolución. La misma debe informar en lenguaje adecuado los resultados obtenidos, ofrecer seguimiento psicológico, registrar en la historia clínica la causa de fallecimiento y pautar el seguimiento posterior.
- De otra manera los esfuerzos por aclarar la causa de la muerte fetal resultan fútiles si no alcanzan el objetivo final de dar la mayor cantidad de respuestas a la paciente y su familia.

## Bibliografía

1. Ministerio de Salud Pública. Dirección general de Salud. División estadística. Estadísticas Vitales. Total de nacimientos y defunciones (todas las edades, menores de 1 año, menores de 5 años y fatales. Montevideo-Uruguay : MSP, 1875-2017.
2. Hospital de la Mujer "Dra. Paulina Luisi". Informe de Gestión y Sistema Informático Perinatal. Montevideo : s.n., 2018. Disponible <http://www.asse.com.uy/contenido/Maternidad-del-Pereira-Rossell-continua-mejorando-indicadores-11415> entrada 24 de enero 2010
3. Interventions for investigating and identifying the causes of stillbirth (Review). Wojcieszek AM, Shepherd E, et al. 2018, Cochrane Database of Systematic Reviews, Vol. Issue 4. Art. No.: CD012504.
4. Costs and consequences of comprehensive stillbirth assessment. Scott T. Michalski, MS, Jason Porter, BS, and Richard M. Pauli, MD, PhD. 2002, American Journal of Obstetrics and Gynecology, Vol. 334, pp. 1027-1034
5. Walker KF, Thornton J. Delivery at Term: When, How, and Why. Clin Perinatol. 2018 Jun;45(2):199-211. doi: 10.1016/j.clp.2018.01.004. Epub 2018 Feb 19.
6. Management of stillbirth. American College of Obstetricians and Gynecologists - ACOG. 102, 2009, ACOG Practice Bulletin , Vol. 113, pp. 748–761.
7. Late Intrauterine Fetal Death and Stillbirth. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. 55, 2011, Green top guideline. Disponible <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/gtg55/> entrada 24 de enero 2020
8. Stillbirth and Bereavement: Guidelines for Stillbirth Investigation. Line Leduc, et al. Canada : J Obstet Gynaecol Can, 2006, Vols. 28(6):540–545.
9. Dra. O Gómez, Dr. N Masoller, Dra. A Peguero, Dra. M Illa, Dra. C Esteve, Dra. A M González F. PROTOCOLO: PÉRDIDA GESTACIONAL SEGUNDO TRIMESTRE Y EXITUS FETAL. Hospital Clínic | Hospital Sant Joan de Déu | Universitat de Barcelona., 2018.disponible <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-fetal/exitus-fetal.html> Entrada 25 enero 2020
10. Fetal death and stillbirth: Incidence, etiology, and prevention. Ruth C Fretts, MD, MPH, Catherine Spong, MD. 2019, UpToDate. Disponible <https://www.uptodate.com/contents/late-fetal-death-and-stillbirth-incidence-etiology-and-prevention> Entrada 24 de enero 2020
11. Organización Mundial de la Salud. Every Newborn: an action plan to end preventable deaths. Geneva, Switzerland:WHO-2014. Disponible [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/127938/9789241507448\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/127938/9789241507448_eng.pdf) Entrada 24 de enero 2020
12. Evaluation of 1025 fetal deaths: proposed diagnostic workup. Korteweg FJ, Erwich JJHM, Timmer A, et al. s.l. : Am J Obstet Gynecol, 2012, Vols. 206:53.e1-12.
13. Evaluation of 1025 fetal deaths: proposed diagnostic workup. Korteweg FJ, Erwich JJHM, Timmer A, et al. s.l. : Am J Obstet Gynecol, 2012, Vols. 206:53.e1-12.

# Primette

Ulipristal acetato 5 mg

La opción efectiva  
para el tratamiento  
a largo plazo de  
miomas uterinos

vía oral



Indicado para el tratamiento  
preoperatorio y tratamiento  
intermitente repetido de los síntomas  
moderados y graves de los miomas uterinos



El secreto de continuar  
tan femenina y natural....

# ColpoEstriol<sup>®</sup> *estriol*

Dos efectivas alternativas  
para un tratamiento completo



La alternativa  
estrogénica natural



**TEMIS LOSTALO**  
Excelencia farmacéutica



**Gador**  
Al Cuidado de la Vida