

Evaluación de la muerte fetal en la maternidad del Centro Hospitalario Pereira Rossell entre junio de 2016 y junio de 2018

Clínica Ginecotológica A
Facultad de Medicina, Universidad de la República

Violeta Quintela¹, Yessy Lacerda², Estela Citrin³, Francisco Coppola⁴

Resumen

Introducción. En el Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) la tasa de óbitos es alta, próxima al 10% y casi el doble que la tasa nacional, probablemente vinculado a que es la maternidad de referencia a nivel nacional y al nivel socioeconómico de la población. A diferencia de muchos países, no existe un protocolo o guía para el estudio del óbito en Uruguay.

Objetivo. Describir cuál fue la metodología de estudio de los pacientes con diagnóstico de óbito fetal en el CHPR en el periodo de junio 2016 a junio 2018.

Material y métodos. Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, retrospectivo, me-

dante revisión de historias clínicas, historia clínica electrónica y base del Sistema Informático Perinatal. Se tomaron los datos de todos los óbitos asistidos en el CHPR en el periodo de junio 2016 a junio 2018. Se evaluó la metodología de estudio tomando como referencia lo aconsejado por las guías internacionales.

Resultados. De 124 historias clínicas fueron depurados 76 casos. Los estudios de serologías infecciosas fueron deficitarios menores al 50% en todos los casos y aún más la evaluación endocrinológica. El estudio anatomopatológico de la placenta se realizó en el 91%, la necropsia en un 70%. La toma de muestras genéticas se realizó apenas en el 9%. El 67% recibió valoración de salud mental.

Discusión y conclusiones. Este estudio de óbito fetal en el CHPR en el periodo establecido fue muy heterogéneo e incompleto. El momento de reunir la información obtenida ofrecer un diagnóstico y pronóstico es marginal en nuestra maternidad. Es imprescindible contar con un pro-

1. Gineco-obstetra. Asistente, Clínica Ginecotológica A
2. Gineco-obstetra. Asistente, Clínica Ginecotológica A
3. Docente Asociado de la Clínica Ginecotológica A
4. Profesor Agregado de Clínica Ginecotológica A

Contacto: violetaquintela@gmail.com

Recibido: 27/01/2020 Aceptado: 02/03/2020

toloco de estudio y seguimiento de casos de óbito.

Palabras clave: muerte fetal, complicaciones del embarazo.

Keywords: Fetal death, pregnancy complications.

Abstract

Introduction. In the Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) fetal death rate is close to 10% and almost double the national rate, probably linked to the fact that it is the maternity hospital of reference at the national level and to the socioeconomic level of the population. Unlike many countries there is no protocol or guide for the study of fetal death in our country.

Objective. Describe the methodology used to study patients diagnosed with fetal death in the CHPR in the period from June 2016 to June 2018.

Material and methods. A descriptive, cross-sectional, retrospective study was conducted through review of medical records, electronic medical history and database of the Perinatal Information System. Data were taken of all the assisted deaths in the CHPR in the period of June 2016 to June 2018. The method used was evaluated taking as reference the advice of the international guides.

Results. Of 124 medical records 76 cases were selected. Serological diagnosis of infections was less than 50% in all cases and even more considering endocrinological evaluation. The anatomopathological study of the placenta was performed in 91%, necropsy in 70%. Genetic samples were taken only in 9%. 67% received mental health screening

Discussion and conclusions. This study of fetal death in the CHPR, in a determined period, was very heterogeneous and incomplete. The time to gather the information obtained to offer a diagnosis and prognosis is marginal in our maternity hospital. It is essential to have a study protocol and follow-up of cases of fetal death.

INTRODUCCIÓN

El óbito fetal es uno de los eventos más difíciles que debe enfrentar una paciente y su entorno durante una gestación, así como el médico en su labor obstétrica. Está asociado a resultados adversos bio-psico-sociales profundos y a largo plazo, tanto para la familia como para el equipo de salud.¹

La muerte prenatal se define según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) del año 2016 como la ausencia de signos vitales en un feto con un peso mayor o igual a 500 g, mayor o igual a 22 semanas de gestación o 25 cm o más de longitud corporal.²

A nivel mundial, la tasa de óbito es 18,4 cada mil nacimientos, lo que significa aproximadamente 2,6 millones de muertes prenatales mayores a 28 semanas cada año.³

Esta tasa de mortalidad se ha mantenido estable en los últimos años, y ha descendido de forma más lenta que la tasa de mortalidad infantil y de mortalidad materna.

Las causas de la muerte fetal son difíciles de determinar, en parte debido al subregistro de éstas a nivel mundial y a que muchas veces es difícil asignarle una causa luego del estudio del óbito, ya que puede deberse a causas multifactoriales intrincadas. Además, el uso de sistemas de clasificación dispares para asignar la causa de muerte dificulta la comprensión de las causas de los óbitos tanto a nivel mundial como regional.⁴

Si bien en Uruguay contamos con un registro del número de muertes fetales en el país desde hace varios años gracias a la im-

plementación del Sistema Informático Perinatal del Centro Latinoamericano de Perinatología, no contamos con un sistema o protocolo para el estudio etiológico, ni contamos con registros de las causas identificadas de los mismos, cuando las hay.

Según registros de la OMS, la tasa de muerte prenatal en 2015 en Uruguay fue de 6,6 cada 1000 nacidos vivos. En los años 2016 y 2017 se registraron 47.058 y 43.076 nacimientos al año respectivamente, con un total de muertes fetales de 317 y 336, lo que corresponde a una tasa de óbito^{6,7} y 7,8/1000 nacidos vivos para los años 2016, 2017, respectivamente. El Ministerio de Salud Pública aún no ha publicado el total de muertes fetales del año 2018.

En el Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) se asistieron 7070, 6340 y 6249 nacimientos en los años 2016, 2017 y 2018 respectivamente, de los cuales 82, 65 y 58 correspondieron a óbitos fetales. Lo que corresponden a una tasa de óbito de 11,7, 10,3 y 9,3/1000 nacidos vivos para los años 2016, 2017 y 2018, respectivamente⁷.

Se destaca que en el CHPR la tasa de óbitos es casi el doble que la tasa nacional, probablemente vinculado a que es la maternidad de referencia a nivel nacional lo que implica la derivación de pacientes de todo el país.

Actualmente en nuestro medio no existen pautas de estudio de la etiología del óbito, siendo un importante problema de salud pública nacional.

La Organización Mundial de la Salud plantea como objetivo mundial, para el año 2030, el descenso de la tasa de óbito.⁸ Para acercarse a este objetivo se requiere una correcta evaluación de la epidemiología local, con una búsqueda exhaustiva de las probables causas de las muertes fetales e identifica-

ción de los principales factores de riesgo en nuestro medio.

Para ello, se requiere una sistematización del estudio de los casos de óbito y un adecuado registro y análisis de los datos, comparándolos a nivel nacional e internacional.

OBJETIVO

- Describir cuál fue la metodología de estudio de los pacientes con diagnóstico de óbito fetal en el CHPR en el periodo de junio 2016 a junio 2018.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, retrospectivo, mediante revisión de historias clínicas, historia clínica electrónica y base del Sistema Informático Perinatal (SIP).

Se registraron los datos en una planilla estructurada.

Criterios de inclusión

Todos los óbitos asistidos en el CHPR en el periodo de junio 2016 a junio 2018.

Criterios de exclusión

- Interrupciones médicas sea la indicación por salud materna o por malformación fetal conocida cuyo resultado fue la asistencia de un óbito fetal. Esto incluye los casos de rotura prematura de membranas en el límite de la viabilidad dado que la indicación es por salud materna.
- Embarazo gemelar.

Se analizaron los datos clínicos y paraclínicos consignados en la historia clínica manual e informática. El análisis se realizó en

base a si las variables están presentes o ausentes en el estudio de cada paciente, pero no se analiza en esta instancia, el resultado de los estudios solicitados ni se caracteriza a la población, dado que este objetivo escapa los alcances de este estudio.

En vistas a alinearnos con protocolos internacionales, se buscaron las variables que han demostrado tener impacto en el estudio etiológico de las muertes fetales de acuerdo con los principales protocolos de estudio del óbito a nivel internacional.^{2, 9-11}

Se utilizará como guía para el análisis de las historias clínicas, las siguientes variables:

Valoración anteparto

* *Historia Clínica.*

- Edad de la paciente: años cumplidos al momento del diagnóstico de muerte fetal.
- Procedencia: departamento o barrio donde reside la paciente.
- Antecedentes personales
 - Enfermedades crónicas; hipertensión arterial crónica, diabetes mellitus pregestacional, distiroidismo, enfermedades autoinmunes, patología psiquiátrica, enfermedad renal, epilepsia, anemia severa, patología cardíaca.
 - Antecedente de tromboembolismo venoso o pulmonar.
 - Consumo de tóxicos: consumo problemático de sustancias como tabaco, alcohol, marihuana, cocaína, pasta base de cocaína u otras drogas de abuso.
- Antecedentes obstétricos:
 - Óbito previo: haber tenido una muerte fetal en gestaciones previas.
 - Antecedentes de pequeño para la edad gestacional: haber tenido un feto y recién nacido con diagnóstico de restricción de crecimiento intrauterino en gestaciones previas, definido como crecimiento fetal por debajo del percentil 10 para la edad gestacional con alteraciones del Doppler o un peso fetal estimado por debajo del percentil 3.¹³
- Estado hipertensivo del embarazo (EHE) en embarazo previo, entendido por dos o más cifras de presión arterial mayores o iguales a 140 y/o 90 mm Hg en dos oportunidades, incluye EHE no proteinúrico, preeclampsia y eclampsia.²⁰
- Antecedente de haber tenido un desprendimiento de placenta normoinserta en embarazos previos.
- Anormalidades placentarias: haber tenido elementos de insuficiencia placentaria en estudio anatomopatológico de placenta de gestaciones previas.
- Aborto recurrente definido como 3 o más abortos consecutivos o no.²¹
- Antecedente de diabetes gestacional en embarazos previos entendido por glucemia basal mayor o igual a 0,92 mg/dl o en prueba de tolerancia oral a la glucosa mayor o igual a 180 mg/dl a la hora y 153 mg/dl a las 2 hs.²⁰
- Antecedentes familiares:
 - Antecedentes de malformaciones congénitas o anormalidades cromosómicas en la familia.
 - Abortos recurrentes.
 - Tromboembolismo venoso o pulmonar en la familia.
 - Consanguineidad.
- Embarazo:

- Control del embarazo: se valora número de controles y la calidad de estos.²⁰
 - Edad gestacional: semanas de gestación cumplidas al momento del diagnóstico de óbito.
 - Examen físico al momento del ingreso:
 - Presión arterial.
 - Altura uterina.
 - Temperatura axilar.
 - Patologías en el embarazo:
 - Estado hipertensivo del embarazo.
 - Diabetes gestacional.
 - Colestasis gravídica: hepatopatía propia del embarazo que se produce por acumulación de ácidos biliares.²²
 - RCIU en el embarazo en curso.
 - Rotura prematura de membranas ovulares, entendido por la rotura de las membranas ovulares anteparto.²⁰
 - Infecciones maternas o corioamnionitis.
 - Trabajo de parto de pretérmino, entendido por el inicio de trabajo de parto antes de las 37 semanas de gestación.
 - Desprendimiento de placenta normoinserta.
 - Enfermedades autoinmunes diagnosticadas en este embarazo tales como lupus, trombofilias hereditarias o adquiridas.
 - Traumatismos durante el embarazo.
- * *Paraclínica:*
- Hemograma.
 - Crasis.
 - Función renal.
 - Funcional y enzimograma hepático.
 - Glicemia.
 - Hemoglobina glicosilada.
 - Grupo materno y Coombs.
 - Test de Kleihauer-Betke.
 - Anticuerpos para síndrome antifosfolípido (inhibidor lúpico, B2-glicoproteína, anticuerpos anticardiolipina).
 - Trombofilias hereditarias (factor V de Leyden, proteína G20210A, proteína S, proteína C).
 - Serologías maternas:
 - Toxoplasmosis, sífilis, VIH, hepatitis B.
 - Citomegalovirus, rubéola.
 - Parvovirus B19.
 - Herpes virus.
 - Enfermedad de Chagas.
 - Coxakie, leptospira, listeria, malaria, enfermedad de Lyme.
 - Índice proteinuria/creatininuria o albuminuria en 24 horas.
 - Tóxicos en orina.
 - Cultivos maternos:
 - Urocultivo.
 - Exudado vaginal.
 - Exudado intracervical.
 - Exudado recto-vaginal.
 - Sales biliares.
 - TSH, T4L y T3L.
 - Ecografía:
 - Peso fetal estimado calculado a partir de algoritmo Hadlock 1.¹³
 - Líquido amniótico: medición ecográfica objetiva mediante índice de líquido amniótico o bolsillo vertical mayor.
 - Placenta: valoración de topografía, grado de madurez, imágenes patológicas.
 - Presencia de malformaciones fetales.

- Estudio del líquido amniótico:
 - Cultivos infecciosos.
 - Estudio genético: incluye microarray y cultivo para cariotipo.
- * Estudio postparto:
 - Descripción de feto y la placenta.
 - Necropsia.
 - Estudio anatomopatológico de la placenta.
 - Cultivo de placenta.
 - Cultivo del feto.
 - Estudio genético del feto.
 - Estudio genético parental.
 - Valoración por Salud Mental.
- * Visita ambulatoria postparto:
 - Valoración de resultados.

RESULTADOS

Se analizaron un total de 124 historias clínicas correspondientes a todos los casos de muerte fetal asistidos en el CHPR en el periodo de junio 2016 – junio 2018.

Se excluyeron 24 historias que no se encontraron en archivo y un error de registro que no se trataba de un óbito.

Se excluyeron 10 pacientes por tratarse de embarazos gemelares, dado que presentan características específicas que escapan al objetivo del análisis.

Asimismo, se excluyeron aquellos embarazos que se interrumpieron por causa materna o fetal que resultaron en una muerte neonatal. De ellos: 3 interrupciones por rotura prematura de membranas con edad gestacional por debajo o en el límite de viabilidad neonatal; 7 por malformaciones o patologías fetales incompatibles con la vida, y 2 por riesgo elevado en la salud materna.

Se excluyó además un parto extrahospitalario dado que se desconocen las características del nacimiento.



En total se analizaron los datos de **76 historias clínicas**.

Con respecto a la valoración anteparto

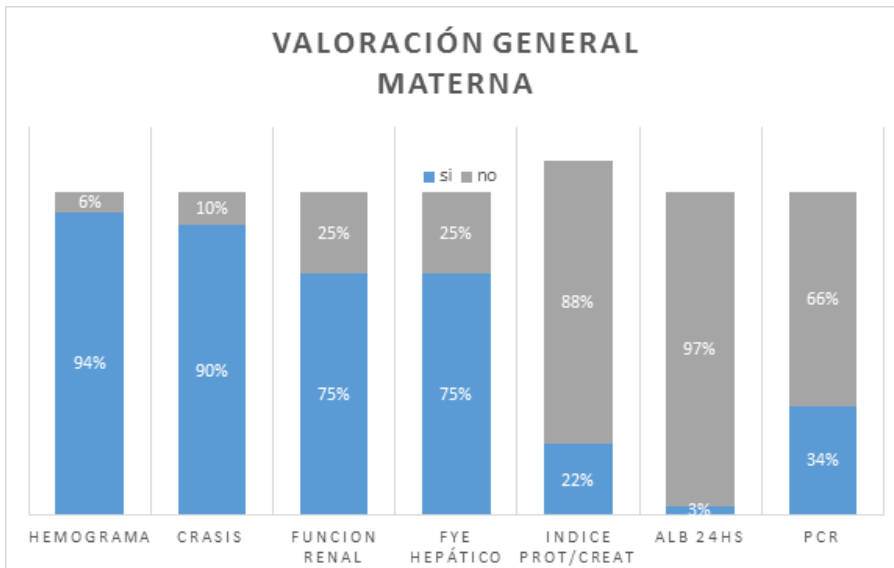
Se encontró que en 76 casos (100%) hubo registro de la edad materna y de sus antecedentes obstétricos, así como la edad gestacional al ingreso. En 70 pacientes (92%) se registró la procedencia.

Los antecedentes personales se interrogaron en 74 pacientes (97%), pero el consumo problemático de sustancias solamente fue interrogado en 28 pacientes (36%). Los antecedentes familiares aparecen registrados en 58 historias clínicas (76%).

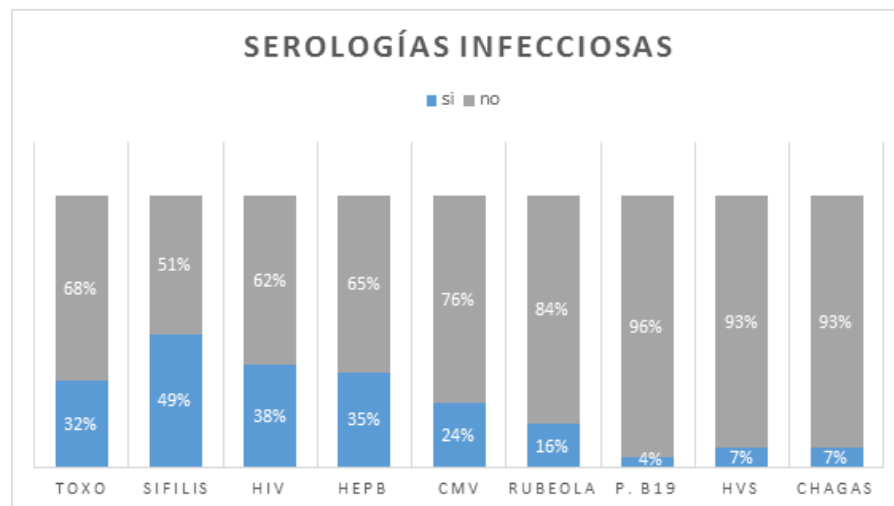
Se registró como fue controlado y las patologías durante el embarazo en 73 pacientes (96%).

El examen físico al ingreso, encontramos

Gráfica 1.



Gráfica 2.



consignada la presión arterial y la temperatura axilar en 68 pacientes, que representan el 89%, la altura uterina se valoró en 43 pacientes (60%).

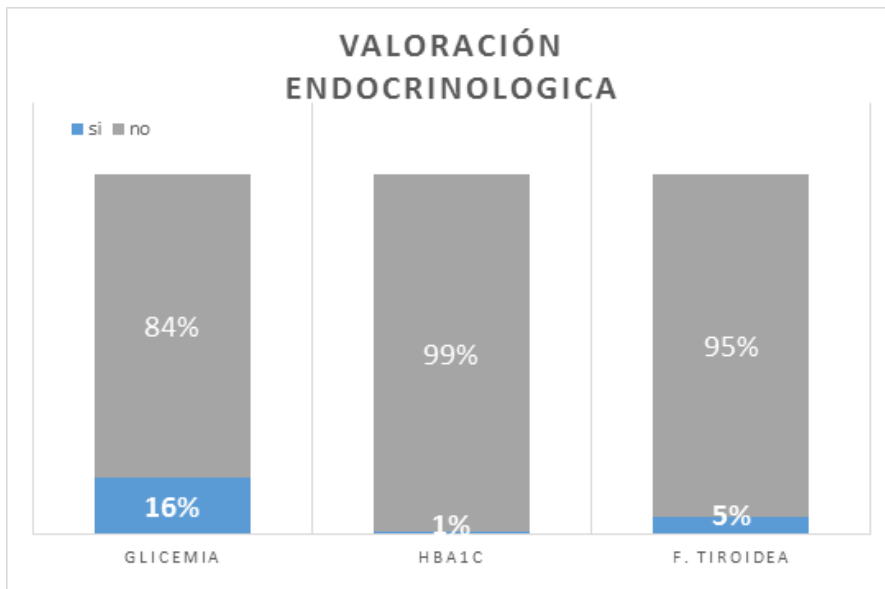
La paraclínica solicitada al momento del diagnóstico y días posteriores al nacimiento se divide en diferentes categorías.

Como paraclínica de valoración general se solicitó hemograma a 72 pacientes (94%), crisis 69 pacientes (90%) función renal, funcional y enzimograma hepático a 57 pacientes en ambos casos (75%). Índice de proteinuria creatininuria a 17 pacientes (22%) y al-

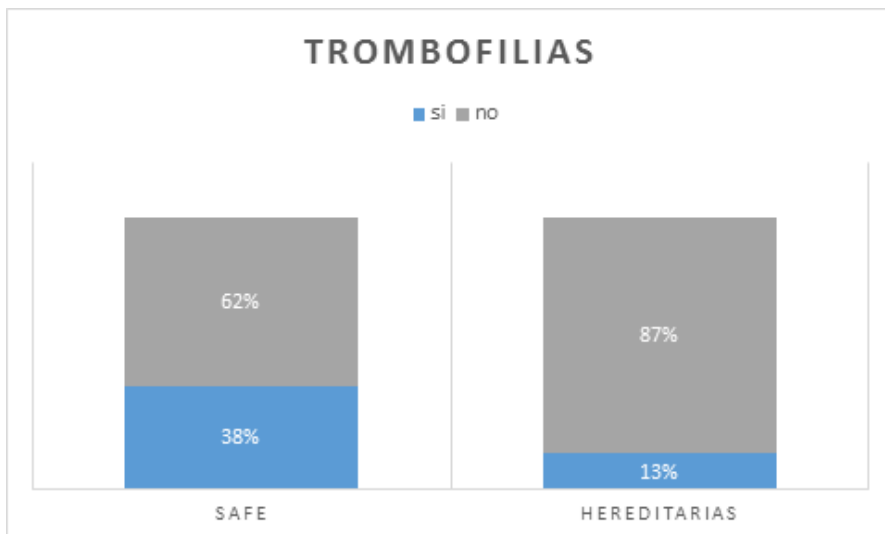
buminuria en 24 horas a 2 pacientes (3%), proteína C reactiva a 26 pacientes (34%). Se muestran resultados en gráfica 1.

Con respecto a las serologías infecciosas luego del diagnóstico de óbito se solicitó serología para toxoplasmosis a 24 pacientes (32%), serología para sífilis 37 pacientes (49%) VIH 29 pacientes (38%), virus de hepatitis B 27 pacientes (35%), citomegalovirus 18 pacientes (24%), rubéola 12 pacientes (16%), parvovirus B19 3 pacientes (4%), herpes virus simple 5 pacientes (7%), enfermedad de Chagas a 5 pacientes (7%). En ninguno de los

Gráfica 3.



Gráfica 4.



casos analizados se solicitó serología para Cocsakie, leptospira, enfermedad de Lyme ni malaria. Se muestran resultados en gráfica 2.

En cuanto a la valoración endocrinológica se solicitó glicemia en ayuno a 12 pacientes (16%), hemoglobina glicosilada solamente a 1 paciente (1%) y función tiroidea a 4 pacientes (5%). Se muestran resultados en grafica 3.

Los anticuerpos para investigación de trombofilias adquiridas (síndrome antifosfo-

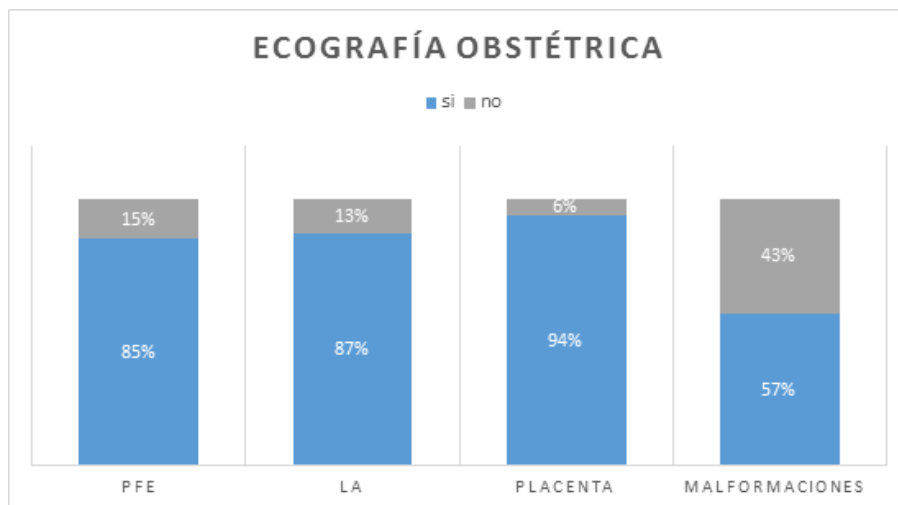
lipídico, en adelante SAFE) fueron solicitados en 29 pacientes (38%) y los anticuerpos para trombofilias hereditarias en 10 pacientes (13%). Se muestra en Gráfica 4.

En 77 pacientes se solicitó grupo sanguíneo y Coombs indirecto (98%) y en ningún caso se solicitó test de Kleihauer Betke.

No se solicitó a ninguna paciente estudio de sales biliares.

Fueron solicitadas 53 ecografías, que representa el 70% de los casos. Del total de

Gráfica 5.



ecografías, se valoró el peso fetal estimado (PFE) a 45 (85%), el líquido amniótico (LA) a 46 (87%) y las características de la placenta a 50 pacientes (94%). Se valoró la presencia de malformaciones ecográficamente visibles solamente a 30 pacientes (57%). Se muestra en gráfica 5.

Solamente a 3 pacientes se solicitó drogas en orina, que representa un 4%.

En cuanto a la valoración microbiológica, se solicitó urocultivo 12 pacientes (16%), exudado vaginal a 3 pacientes (4%), exudado intracervical a ninguna paciente y exudado recto-vaginal con búsqueda de estreptococo del grupo B a 11 pacientes (8%).

El estudio del líquido amniótico luego del diagnóstico de óbito no se realizó a ninguna paciente.

En cuanto a la valoración postparto

Se realizó la descripción del examen físico del mortinato en 50 casos (65%) y de la placenta en 35 casos (46%).

Se envió el mortinato a necropsia en 53 casos (70%), y se envió placenta a estudio anatomopatológico en 69 casos (91%). Se envió además a estudio genético material fetal

en 7 pacientes (9%) y a cultivo fetal 8 casos (10%) y placentario 5 casos (7%).

Fueron valoradas por equipo de salud mental 51 pacientes, que representa el 67% de las mismas,

Con respecto a la visita ambulatoria

En los casos analizados encontramos que se realizó control puerperal en policlínica en 15 casos, que corresponde al 20% del total, en 9 pacientes no se obtuvo datos.

Con respecto a la instancia de devolución de resultados de los estudios solicitados, se observa que solamente en 6 casos hubo una consulta ambulatoria donde se analizaron los resultados de la autopsia del mortinato y el estudio anatomopatológico de la placenta.

DISCUSIÓN

En nuestra revisión encontramos en un alto porcentaje de registro adecuado en la historia clínica de la mayoría de los elementos fundamentales que se deberían investigar (edad materna, antecedentes personales y obstétricos, así como la historia del embara-

zo actual), pero el recabar el uso problemático de sustancias es deficitario.

Con respecto a la paraclínica

La solicitud de serologías infecciosas, es heterogénea, sin guía clínica y no figura en las historias clínicas el motivo por el cual se solicita.

La toxoplasmosis, el VIH, VDRL y hepatitis B fueron las más solicitadas, lo que parecería responder a que forman parte de las rutinas obstétricas; pensamos que fueron por dicho motivo y no para aclarar la etiología del óbito.

Se destaca igualmente, que la evidencia actual no recomienda la solicitud de estos estudios de rutina, sino que debe solicitarse guiado por la clínica y los hallazgos en la placenta y autopsia.

La valoración endocrinológica fue solicitada solamente a las pacientes que tenían patología previa como diabetes o distiroidismo (en concordancia con las recomendaciones internacionales), aunque no se solicitó en todos los casos en los que podría haber estado indicado.

En todas las historias revisadas el diagnóstico de óbito se confirmó mediante ecografía al no auscultar latidos fetales.

Se destaca solo en el 57% se realizó la valoración de malformaciones fetales por este método. Si bien no se encuentra dentro de los protocolos como un pilar diagnóstico puede aportar datos que orienten la búsqueda etiológica.

Luego de la asistencia del parto, se investigó si hubo o no un análisis macroscópico de las características fetales, en busca de malformaciones.

En los casos analizados, la descripción del feto en la mayoría fue realizada por el resi-

dente o ginecólogo tratante y solamente en 4 casos se registra que este análisis fue realizado con el equipo de neonatología, todos los casos tienen en común que el feto ya tenía diagnóstico de malformaciones fetales previas. Se destaca la importancia que este examen sea realizado correctamente y con personal entrenado en malformaciones feto-neonatales dado que sus hallazgos pueden guiar la solicitud de nuevos estudios.

En las guías internacionales el análisis macroscópico del mortinato se sugiere que se realice en conjunto con el equipo de neonatología o genetista.

En cuanto al análisis macroscópico de la placenta, se realizó en un porcentaje menor aun que el análisis del feto.

Llama la atención esta observación ya que es bien sabido que el estudio placentario aporta información de relevancia para el estudio etiológico, para guiar al patólogo en la búsqueda de alteraciones que pueden explicar las patologías subyacentes.

El 10% de las placentas además fueron enviadas a cultivo bacteriológico, este dato no es concordante con el número de otros cultivos solicitados como urocultivo o exudado. Se asemeja, sin embargo, a la cantidad de muestra fetal enviada a cultivo. Creemos que la solicitud de estos podría deberse a hallazgos a la hora del nacimiento, como fetidez en el líquido amniótico o líquido purulento, fiebre materna u otros elementos de infección, pero no está explícito en ninguna historia (como sucede con el resto de la paraclínica) la razón de la solicitud.

Solamente el 9% de los mortinatos fue enviado a estudio genético, la mayoría de ellos presentaban diagnóstico de malformaciones previamente o se realizó el mismo al momento del nacimiento orientando a cromosomopatías. En estos casos la clínica guio

la solicitud de este estudio, pero es de destacar que el estudio genético forma parte de la valoración inicial de los óbitos y debería solicitarse en todos los casos.

En cuanto a la necropsia vemos que el 70% de las pacientes autorizó este estudio, aunque este porcentaje podría ser mayor, ya que en 16 historias clínicas (21%) no figura si la misma fue autorizada o no.

La necropsia fetal, es considerado el gold standard para el estudio etiológico del óbito. Muchas veces el desconocimiento de esta información, así como motivos culturales o religiosos, lleva a la familia negarse a la realización de estudios invasivos en el mortinato, por lo cual se destaca la importancia del adecuado asesoramiento a la familia y obtención del consentimiento informado.

Sin embargo, el estudio anatomopatológico de la placenta fue realizado en un porcentaje mayor (91%), solamente en tres casos figura que la placenta no se envió para este estudio, y en uno de ellos fue debido a que la paciente solicitó expresamente que no fuera enviada, en los otros dos no contamos con dicha información. En los casos restantes no figura en la historia si fue enviada o no para el estudio.

El estudio de la placenta es de gran valor para determinar la causa de la muerte fetal o los factores que contribuyen a la misma, más aún en los casos que la autopsia fetal no presenta alteraciones.

Luego del diagnóstico de óbito fetal, solamente el 67% de las pacientes fueron valoradas por el equipo de salud mental ya sea por psicólogo o psiquiatra, en algunos casos, las pacientes se retiraron sin alta médica previo a dicha valoración y en muchos de ellos figura que la paciente solicita el alta precoz previo a dicha valoración.

Se sabe que una muerte fetal tiene un

gran impacto a nivel psicológico en la paciente y la familia, muchas veces manifestado por depresión postparto, o síndrome de estrés postraumático, este último registrado hasta en un 44% de los casos de óbito fetal.¹² Algunos factores que contribuyen a la complejidad de este proceso son la falta de memorias alrededor del mortinato, la sensación de fracaso biológico y la incertidumbre frente a futuros embarazos.¹³ Por lo que es un déficit mayor la falta de acompañamiento por el equipo de Salud Mental.

Con respecto al control puerperal, éste se realizó en porcentaje muy bajo de la población analizada,

Del análisis se desprende que no hay un correcto seguimiento de las pacientes luego del evento obstétrico, no existe un obstetra de referencia para acompañarlas en el proceso y dar respuestas a las dudas que vayan surgiendo. Es importante que la paciente pueda retirarse del hospital con una cita programada para el control puerperal.

En cuanto a la consulta ambulatoria con el resultado de los estudios solicitados, el porcentaje es aún menor y llamativamente bajo. En los pocos casos que sucedió, esta instancia fue llevada a cabo por una residente de ginecología que asistió a la paciente en el parto, y los otros dos casos se dieron en policlínica de primer nivel durante el control puerperal con ginecólogo y médico de familia. En los tres casos restantes el resultado de dichos estudios se reclamó en el contexto del control de un nuevo embarazo, llevado a cabo en su totalidad por residentes de ginecología tanto en policlínica de alto riesgo obstétrico como durante la internación en sala de maternidad por una complicación de su nuevo embarazo.

De esto se desprende que, en el CHPR, no hay una instancia de devolución de los re-

sultados de los estudios solicitados, lo que creemos que contribuiría a tomar acciones específicas en próximas gestaciones y a dar respuesta a los padres, para facilitar herramientas para la elaboración del duelo.

CONCLUSIONES

1. La anamnesis surge como el elemento más deficitario el no recabar datos en todos los casos sobre consumo de sustancias.
2. Las rutinas infecciosas relacionadas a óbitos fueron incompletamente solicitadas y muchas veces solicitadas para completar las rutinas obstétricas y no dirigidas a la causa del óbito.
3. Luego del nacimiento el mortinato en general es examinado por personal con menor experiencia (a contramano de lo recomendado).
4. El análisis macroscópico de la placenta es poco habitual, aunque es alto el porcentaje en el que se envió a estudio anatómico-patológico
5. La toma de muestras para estudio genético (que debería ser casi del 100%) fue de 9%.
6. La necropsia fue autorizada en un porcentaje del 70%.
7. La valoración por el equipo de salud mental fue del 67% muy por debajo de lo recomendado.
8. Este estudio demuestra, que la valoración de las pacientes y el mortinato luego del diagnóstico de óbito fetal en el CHPR en el periodo establecido es muy heterogéneo, generalmente incompleto y no está guiado ni por el razonamiento clínico ni por los hallazgos paraclínicos.
9. El momento de reunir la información obtenida, ofrecer un diagnóstico (óbito ex-

plicable, cuál es esta o inexplicable) para ofrecer un pronóstico es marginal en nuestra maternidad.

10. Es imprescindible contar con un protocolo de estudio y seguimiento de casos de óbito.

Limitantes del estudio

El número pequeño de casos, el no poder acceder a muchas de las historias clínicas (que fueron el 24% del total de historias seleccionadas, la mayoría de ellas en año 2016) y el subregistro de datos en las mismas, como en el caso del envío del feto a necropsia, que hasta un 21% no estaba registrado en la historia clínica.

Conflicto de interés

Los autores no tienen compromisos que incidan en conflictos de intereses, el trabajo no es financiado ni hay compromisos de publicación o no publicación.

REFERENCIAS

1. Wojcieszek AM, Shepherd E, Middleton P, Gardener G, Ellwood DA, McClure EM et al. Interventions for investigating and identifying the causes of stillbirth (Review). Cochrane Database of Syst Rev. 2018; 4: CD012504.
2. Organización Mundial de la Salud, Jhpiego Corporation. Para cada bebé cuenta: auditoría y examen de las muertes prenatales y neonatales. Ginebra:OMS;2017. Disponible https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/stillbirth-neonatal-death-review/es/ Acceso 24 de enero 2020
3. Reinebrant H, Leisher SH, Coory M, Henry S, Wojcieszek AM, Gardener G, et al. Making stillbirths visible: a systematic review of globally reported causes of stillbirth. BJOG. 2017;125: 212-24.
4. Lawn JE, Blencowe H, Waiswa P, Amouzou A, Mathers C, Hogan D et al. Stillbirths: rates, risk factors, and acceleration towards 2030. Lancet. 2016;387(10018):587-603.
5. World Health Organization. Stillbirths Estimates by country Global Health Observatory data repository. Geneva:OMS;2017. Disponible <https://apps.who.int/gho/data/view.main.GSWCAH06v> Acceso 24 de enero 2020.

Evaluación de la muerte fetal en la maternidad del CHPR entre junio de 2016 y junio de 2018
Archivos de Ginecología y Obstetricia. 2020; Volumen 58, número 1: 33–45

- 6 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 fetales). Montevideo, Uruguay: MSP: 1875-2017.
- 7 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> Acceso 24 de enero 2020
- 8 World Health Organization. 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 Acceso 24 de enero 2020
- 9 American College of Obstetricians and Gynecologists. Management of stillbirth. ACOG Practice Bulletin 102. *Obstet Gynecol.* 2009;113(3):748–761.
- 10 Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Late Intrauterine Fetal Death and Stillbirth. Green top guideline 55, 2011. Disponible <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/gtg55/> Acceso 24 de enero 2020
- 11 Fretts RC, Spong C. Fetal death and stillbirth: Incidence, etiology, and prevention. UpToDate. 2019. Disponible <https://www.uptodate.com/contents/late-fetal-death-and-stillbirth-incidence-etiology-and-prevention> Acceso 24 de enero 2020
- 12 Navidian A, Saravani Z, Shakiba M. Impact of Psychological Grief Counseling on the Severity of Post-Traumatic Stress Symptoms in Mothers after Stillbirths. *Issues Ment Health Nurs.* 2017;38(8):650-654.
- 13 Human M, Green S, Groenewald C, Goldstein RD, Kinney HC. Psychosocial Implications of Stillbirth for the Mother and her Family: A Crisis-Support Approach. *Social Work (Stellenbosch).* 2014;50(4):392.

florence[®] 28

DIENOGEST 2 mg ETINILESTRADIOL 0,03 mg

Mejora la piel, el cabello y
contribuye a controlar el acné



Si tu elección es Dienogest,
tu mejor opción es **Urufarma**