

Riesgo de óbito “inexplicable” al término

Francisco Coppola¹, Yessy Lacerda²

En el año 2016 una serie de publicaciones auspiciadas por la revista Lancet (*Lancet Stillbirth Epidemiology investigator group*) alertaron sobre la falta de atención sobre las muertes fetales. En uno de sus artículos titulado “Off line– los óbitos, el último gran mito” se deja en claro que las cifras de muerte fetal constituye el marcador más sensible de estatus social, aún más que muerte neonatal o materna. Establece la autora “*La forma en que abordamos las muertes fetales nos dice algo sobre el estado de nuestra sociedad. Los mortinatos son un Indicador sensible de nuestra solidaridad, cohesión e inclusión. Indican nuestro compromiso de atacar la privación, marginación y los determinantes sociales de la salud*”.¹ Los mapas de incidencia por paí-

ses marcan claramente la correlación entre óbitos y desarrollo del país. Por ejemplo, las tasas de Sudamérica son del 12 por 1000 comparadas con las de Inglaterra, 4 por mil. Con la pendiente actual de disminución Sudamérica puede estar en las cifras de Inglaterra en el año 2060.² La tasa de muerte prenatal en 2015 en Uruguay fue de 6,6 cada 1000 nacidos vivos.³ 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.^{4,5} A nivel nacional son cifras por debajo de las latinoamericanas pero si tomamos la Maternidad del Hospital Pereira Rosell tasa de óbito de 11,7, 10,3 y 9,3/1000 nacidos vivos para los años 2016, 2017 y 2018, respectivamente,⁶ podría decirse que sí tiene tasas “latinoamericanas”. Un paso importante es desmitificar que la mayoría de los óbitos no son prevenibles, por el contrario se conoce que el 70% son prevenibles.⁷

1. Profesor Agregado, Clínica Ginecotológica A

2. Gineco-obstetra. Asistente, Clínica Ginecotológica A

Clínica Ginecotológica A, Facultad de Medicina, UdelaR

Contacto: yessylacerdanieves@gmail.com

Recibido: 27/1/20 Aceptado 9/3/20

Las anomalías congénitas, que se esgrime como el paradigma de inevitable, representan una mediana de solo 4 a 7% de todas las muertes fetales, algunas de las cuales también son prevenibles (tubo neural y ácido fólico).

Dos artículos recientes de Lacerda et al. (p. 25 y 33 de este número) establecen cuál es la realidad de los estudios y seguimientos de los óbitos en la maternidad del HPR y proponen un protocolo basado en las mejores guías para sistematizar el estudio del óbito.

En este artículo no nos ocuparemos de los óbitos explicables sino que deseamos incorporar cuatro factores de riesgo de óbito al término, que se incluyen normalmente dentro de los inevitables y en nuestra opinión justifican por sí mismos proponer una interrupción al término.

El concepto de interrupción al término (39 semanas) viene cambiando drásticamente y se establece como el mejor momento para el nacimiento. A medida que avanza la edad gestacional el riesgo de óbito va aumentando, con curvas de cruce que dependen del riesgo. Cuanto mayor es el riesgo del embarazo el riesgo de óbito supera antes al de muerte neonatal.⁸

Llamó la atención a la comunidad científica cuando nuevos estudios han demostrado que aún en embarazos de bajo riesgo los beneficios superan al riesgo a las 39 semanas. Tanto el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia como la Sociedad de Medicina Materno Fetal de EEUU habilitan proponerle a las pacientes primigestas y de 39 semanas la interrupción programada del embarazo.⁹ Mejores estudios demuestran que esto no aumenta el índice de cesáreas, a condición que las inducciones respeten los protocolos actualizados.¹⁰

Se inició la discusión de este modo, de que la inducción de los embarazos a las 39 semanas reduciría los óbitos inexplicables que ocurren entre las 39 +0 y 40 +6 (la inducción a las 41 ya trajo una reducción de óbitos y complica-

ciones neonatales, como el síndrome de aspiración meconial). Con la prevalencia de óbitos en EEUU se realizó un cálculo de cuántos óbitos al término se evitan con la inducción a las 39 semanas. De haberse colocado inducción a las 39 semanas se habrían evitado 883 óbitos por año. El número de inducciones a colocar para evitar un óbito es de 1675.¹¹ No hay cálculos en Uruguay o en nuestra maternidad con índices mayores, pero parece un número excesivo de inducciones.

Nuestro propósito no es proponer inducciones regladas a todas las pacientes para evitar óbitos "inexplicables", sino incorporar cuatro factores de riesgo de óbito, habitualmente no tenidos en cuenta y que justifican una interrupción programada.

EDAD MATERNAL COMO FACTOR DE RIESGO DE ÓBITO

El porcentaje de embarazos en mayores de 35 años aumenta a nivel mundial, y en países desarrollados superan el 20%.

Luego de los 35 años se incrementa el riesgo de resultados adversos incluido el óbito y la muerte materna, mayor cuanto más progresa la edad gestacional. Para una mujer de 40 o más años el riesgo de 0.5 por mil aumenta a medida que avanza la edad gestacional significativamente luego de las 35 semanas hasta multiplicarse por 5 a las 40 – 41 semanas. En una mujer de entre 35 y 40 aumenta significativamente luego de las 37 semanas multiplicándose por 3 entre 40 y 41. La inducción a las 39 semanas no se asocia a incremento de cesáreas, es económicamente sustentable y reduce mortalidad perinatal.

El mayor riesgo de óbito (incluso con un bebé que crece normalmente) deben discutirse con las madres de más de 35 años y se le debe ofrecer INDUCCIÓN ELECTIVA a las 39

semanas. Ahora hay suficientes datos, recientemente publicados, para informar a las mujeres.¹²

TÉCNICAS DE FERTILIDAD DE ALTA COMPLEJIDAD

En Uruguay, con la nueva ley de reproducción asistida en la que el estado financia las técnicas de reproducción asistida, cada vez más hay embarazos productos de fertilización asistida o inyección intracitoplasmática. Los embarazos por medio de esta técnica (independientes de la edad o gemelaridad) tiene multiplicadas hasta 8 veces las chances de óbitos, dentro de otras complicaciones. Son en sí mismos embarazos de alto riesgo.¹³ Con estos datos: ¿cuál es el riesgo beneficio prolongar un embarazo más de 39 semanas luego de FIV-ICSI?

OBESIDAD

La obesidad es una patología cada vez más prevalente y por lo tanto el número de embarazos con sobrepeso y obesidad es cada vez mayor. La obesidad es un riesgo para el embarazo independiente de la diabetes y la hipertensión. El riesgo de óbito está directamente relacionado al índice de masa corporal (BMI). Con BMI 25 a 30 el riesgo es 1.2 (CI 1.09-1.38); si es más de 30 el riesgo es 1.6 (CI 1.35-1.95) y cuando supera 40 es de 2.19 (CI 2.03-2.36).¹⁴

HÁBITO DE FUMAR

Si bien no está bien cuantificado aún en cuanto contribuye al óbito. Hay evidencia del impacto en el programa de reducción de óbitos de Inglaterra. Este programa ha sido exitoso, redujo 20% la incidencia de óbitos en dos años y la primera medida del programa es abandonar el hábito de fumar.¹⁵ Se acompaña de controles ruti-

narios de CO. Lógicamente, interrumpir el embarazo a término no es la solución al problema, pero si nos encontramos frente a una paciente que fumó durante el embarazo es un riesgo de óbito al término que se debe tener en cuenta.

Referencias

1. Hannah Blencowe et col. Off line: Stillbirths—the last great myth
Lancet Glob Health 2016;4: e98-108 Disponible- www.thelancet.com Vol 387 January 30, 2016.
2. Lawn JE, Blencowe H, Waiswa P, Amouzou A, Mathers C, and cols .
(Lancet Ending Preventable Stillbirths Series study group; Lancet Stillbirth Epidemiology investigator group). Stillbirths: rates, risk factors, and acceleration towards 2030. Lancet. 2016 Feb 6;387(10018):587-603. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00837-5. Epub 2016 Jan 19.
3. Organización Mundial de la Salud. Stillbirths Estimates by country
Global Health Observatory datarepository. s.l. : OMS, 2017.
Disponible <https://apps.who.int/gho/data/view.main.GSWCAH06v>
entrada 24 de enero 2010.
4. 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.
5. 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
6. 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 2020
7. 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.
8. A. Mandujano , TP Waters , SA Myers. El riesgo de muerte fetal:
conceptos actuales de la mejor edad gestacional para el parto Am J
Obstet Gynecol, 208 (207) (2013).
9. Society of Maternal-Fetal (SMFM) Publications Committee SMFM

- Statement on Elective Induction of Labor in Low-Risk Nulliparous Women at Term: the ARRIVE Trial Am J Obstet Gynecol. 2019 Jul;221(1):B2-B4. doi: 10.1016/j.ajog.2018.08.009. Epub 2018 Aug 9.
10. Grobman WA, Rice MM, Reddy UM, et al. Labor induction versus expectant management for low-risk nulliparous women. N Engl J Med 2018;379:513-23.
11. Po' G, Oliver EA, Reddy UM, Silver RM, Berghella V. The impact of induction of labor at 39 weeks in low-risk women on the incidence of stillbirth. Am J Obstet Gynecol. 2020 Jan;222(1):88-90. doi: 10.1016/j.ajog.2019.09.032. Epub 2019 Sep 20.
12. Heazell AEP, Newman L, Lean SC, Jones RL. Pregnancy outcome in mothers over the age of 35. Curr Opin Obstet Gynecol. 2018 Dec;30(6):337-343. doi: 10.1097/GCO.0000000000000494.
13. Wisborg K1, Ingerslev HJ, Henriksen TB. IVF and stillbirth: a prospective follow-up study Hum Reprod. 2010 May;25(5):1312-6. doi: 10.1093/humrep/deq023. Epub 2010 Feb 23.
14. Woolner AM, Bhattacharya S. Obesity and stillbirth. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2015 Apr;29(3):415-26. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2014.07.025. Epub 2014 Oct 16.
15. Saving Babies' Lives Version Two A care bundle for reducing perinatal mortality <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2019/07/saving-babies-lives-care-bundle-version-two-v5.pdf>

ANTICONCEPTIVOS CON CALIDAD GADOR

damssel®

Drospirenona 3 mg • Etinilestradiol 0.03 mg

La presentación
que justifica el cambio



damsella®

Drospirenona 3 mg • Etinilestradiol 0.02 mg

A su medida:
Natural y Personal

Gador 
Al Cuidado de la Vida

Lenzetto[®]

1,53 mg Estradiol

Nuevo e innovador pulverizador transdérmico para la Terapia Hormonal en la Menopausia



Vía de administración transdérmica



Precisión de la dosis individualizada



Diseño único en pulverizador



Se seca en menos de 2 minutos



Tras la aplicación del fármaco el área se puede lavar después de 1 hora



Aplicación localizada invisible



La aplicación del fármaco deja un área limpia y seca



GEDEON RICHTER
La salud es nuestra misión



Calidad europea al alcance de sus manos

Laboratorio Tresul S.A.

Av. Centenario 2989 | TeleFax: 2487 4108 - 2486 3683 - 2486 3747 | tresul@adinet.com.uy | www.tresul.com

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**