

V. MUERTE FETAL

G. ALFARO DE LA VEGA *

ESTA COMUNICACIÓN, comprende el estudio de las causas de muertes fetales, acaecidas en la Unidad de Maternidad del Hospital General de México, en el lapso comprendido entre el 1° de enero de 1959 y el 31 de diciembre del propio año. Se toma únicamente un año para no manejar grandes cifras y tratar de hacer más claro el problema y porque las características demográficas hospitalarias, del grupo estudiado, son iguales a las de los grupos de los veinte años precedentes y al del que cursa.

Las características del grupo son en resumen las siguientes: hiponutrición, patología dependiente o no de la gestación, mala conducción del parto, distocia y patología del feto y de sus anexos, estas dos últimas en proporciones similares a las de otros centros hospitalarios. Este grupo corresponde a la clase más pobre de los pobres en México, cualquier comentario que subraye o amplíe esta situación nos parece inútil.

El problema de las muertes fetales tiene consecuentemente grande importancia, y deben conocerlos gobernantes, demógrafos, especialistas en salud pública, economistas, sociólogos, gineco-obstetras y médicos generales por los aspectos sociales, económicos y médicos que de él derivan así como también el público en general, que es el que exige que sus niños nazcan en las mejores condiciones de salud.

Se considera como muerte fetal aquella que se verifica antes de la completa expulsión o extracción del feto de la cavidad uterina y que una vez verificada esta, no muestre el producto ninguna manifestación de actividad cardíaca, respiratoria o muscular voluntaria. El citado producto debe haber

** Jefe de la Unidad de Maternidad del Hospital General de México, D. F. Prof. Jefe de Grupo de Gineco-Obstetricia en la Facultad de Medicina de la U. N. A. M.

alcanzado las 28 semanas de la gestación cuando menos. Este criterio es derivado del propuesto por el Sub Comité de la Organización Mundial de la Salud reunido en París en marzo de 1950, aún no aceptado oficialmente.

En el lapso señalado, año de 1959, nacieron en la Maternidad del Hospital General 8,426 niños, de los cuales nacieron muertos 446; 234 entre la 28 semana del embarazo y el parto y 212 fallecieron durante el parto, las causas que pudieron señalarse como determinantes de la muerte fueron las siguientes:

A. Muerte fetal durante el embarazo	
1. Patología general de la madre no dependiente de la gestación.	
a. Tuberculosis Pulmonar	25
b. Hiponutrición	15
c. Cardiopatías	9
d. Nefropatías	2
e. Patología Digestiva (Absceso Hepático y Embarazo)	5
f. Cáncer y Embarazo (Cérvicouterino y Mamario)	4
2. Patología dependiente de la Gestación.	
a. Pre-eclampsia y Eclampsia	54
b. Placenta Previa	28
c. Ablatio Placentae	5
3. Patología del Feto y de sus Anexos.	
a. Malformaciones fetales	7
b. Hidramnios	8
c. Enfermedad Hemolítica del Feto	6
4. Causas no Determinadas.	66
Total de fetos fallecidos antes del parto	234

Debe llamar la atención que en ninguno de los renglones precedentes figura la sífilis, que estuvo presente en el 12.4 por ciento del grupo de enfermas estudiado y cuya forma clínica se calificó como *sífilis tardía no evolutiva* y que estuvo asociada a uno o más de los factores etiológicos señalados anteriormente pero no fue la determinante directa de la muerte fetal.

En resumen, la etiología predominante de la Muerte Fetal acaecida entre la 28 semana del embarazo y la iniciación del parto fue patología derivada de la gestación: Toxemia del final del embarazo y la hemorragia por placenta previa, en primer término y en segundo la patología no peculiar de la citada gestación, tuberculosis pulmonar e hiponutrición. Estas cuatro causas fundamentales y las citadas en los renglones siguientes que agruparíamos en un tercer grupo, son previsibles en un alto número y por lo tanto conjuradas en una proporción similar. Su aparición y el mal manejo de ellas, deriva de las pobres condiciones biológicas de la mujer gestante, la higiene precaria del medio en que viven y la falta de cultura derivadas de la miseria económica.

B. Muerte Fetal Durante el Parto.

Indudablemente que las causas citadas anteriormente prolongan su acción al período del parto, comprometiendo en forma alarmante su evolución, sobre todo cuando se asocian a ellas las siguientes:

1. Patología del Parto.

a. Distocias de contracción	105
b. Parto prolongado	64
c. Infección amniótica	16
d. Ruptura uterina intra parto	14
e. Prolapso del cordón	8

2. Causas no Determinadas

5

Total de fetos fallecidos durante el parto

 212

En resumen, el factor predominante de la muerte fetal en el curso del parto fue la distocia de contracción y las complicaciones que de ella derivan: parto prolongado, infección amniótica y la ruptura uterina intra-parto, todas ellas determinadas por el uso intempestivo y masivo de ocitócicos con la finalidad de abreviar este período sin un conocimiento correcto del uso de estas drogas. El prolapso del cordón fue un mero accidente y las causas no determinadas no pudieron resolverse ni aun con la necropsia fetal.

El aspecto patogénico del problema obedece a un común denominador: la anoxia fetal, cuyos mecanismos son discutidos en otro capítulo de este Symposium.

Sintomatología y Signología

Los hechos clínicos estuvieron presentes en los porcientos que a continuación se citan:

Datos clínicos de aparición temprana

a. Latido fetal ausente	100% de los casos
b. Movimientos fetales no percibidos por la persona que exploró	100% de los casos
c. Percepción de latido aórtico materno	15% de los casos
d. Falta de aumento de volumen del útero	100% de los casos

Datos clínicos de aparición tardía

e. Hipotonía Uterina	28% de los casos
f. Crepitación de los huesos del cráneo fetal	12% de los casos
g. Reducción del volumen uterino	4% de los casos

Otros hechos clínicos se describen siguiendo una pauta ortodoxa o didáctica, como quiera considerárseles, pero dada su poca frecuencia, lo ambiguo de sus manifestaciones y el no ser exclusivos de la entidad que nos ocupa, así como el no haberlos encontrado en nuestras enfermas en forma apreciable, los hemos omitido. Tales datos son: Cambios de temperatura local en el vientre, mayor movilidad de la masa uterina, atenuación o cesación de los signos y síntomas llamados vago-simpáticos y de los gestósicos de la última etapa del embarazo, etc.

La patogenia de estas manifestaciones, las anotadas al principio de este capítulo es fácil de deducir por lo cual no se insistirá en ella.

Signos Radiológicos

- a. Cabalgamiento de los huesos del cráneo fetal. Signo de Spaulding.
- b. Hiperflexión de la columna vertebral que se exagera al cambiar la enferma de la posición de decúbito a la estación de pie.
- c. Angulación de la columna vertebral.
- d. Colapso del tórax fetal.
- e. Detención del crecimiento del feto y posteriormente reducción de su volumen.

Finalmente las malformaciones fetales incompatibles con la vida que pueden ser sospechadas clínicamente, son signos radiológicos que se evidencian desde la primera exploración de este tipo.

Citología Vaginal y Urocitograma

Este procedimiento, poco usado en nuestro medio, proporciona imágenes que se pueden considerar como típicas, a condición de que la enferma problema no haya recibido medicación estrogénica o progesterónica previamente. Se puede considerar que proporciona el 100% de certidumbre. Los frotis aparecen "sucios", con más de 50% de células basales y marcada citolisis de las células intermedias, leucocitos e histiocitos. (González Ramos.)

Diagnóstico

La elaboración del diagnóstico no ofrece en la mayoría de las veces grandes escollos, se puede asegurar que es fácil, sobre todo cuando la valorización y concatenación de los "hechos base" y de los secundarios se verifica correctamente.

Conducta

Clásicamente se acepta que el feto muerto, cualquiera que sea la edad de su gestación, es expulsada pocos días o una o dos semanas cuando más, después de acaecido el óbito fetal y que el único riesgo que presenta es la posible infección del huevo cuando este está abierto.

En la actualidad, esta conducta abstencionista, no se encuentra justificada

en forma alguna. La infección del huevo, aunque poco probable cuando se maneja con cuidado este tipo de enfermas, no deja de ser una seria amenaza; la hipofibrinogenia que el feto muerto condiciona cuando se retiene "in útero" largo tiempo, las alteraciones de la dinámica uterina, especialmente en el segundo período del parto, son circunstancias que predisponen a hemorragias del postparto frecuentemente graves; y finalmente, la repercusión que este problema tiene sobre el psiquismo de la mujer, son razones suficientes para asumir una conducta no conservadora. Por lo tanto, se acepta la inducción médica del parto o la cesárea abdominal o la histerotomía vaginal cuando la inducción del parto fracase, o bien exista alguna indicación que exija la pronta evacuación del útero.