

Mortalidad fetal

ALFREDO URANGA

ESPECIALISTA UNIVERSITARIO EN OBSTETRICIA Y MEDICINA PERINATAL (UNLP)

CÁTEDRA LIBRE DE LA SALUD DE LA MUJER (UNLP)

Resumen

La muerte fetal intrauterina es un evento devastador, tanto para la familia como para el equipo médico. Es un momento muy amargo que nos descoloca y nos pone en una realidad no esperada. Para la familia, especialmente para la madre, la muerte de un hijo provoca un enorme sentimiento de pérdida y muchas veces de culpabilidad. Más importante aún, es un evento tan calamitoso que tiene un impacto psicológico enorme, poniendo a prueba la relación médico-paciente y entre familiares, además de aquellas establecidas entre usuarios-clientes con proveedores y prestadores de salud. Para el médico constituye un gran desafío el explicar el evento adverso actual y prevenir uno futuro.

Palabras clave

Mortalidad fetal; feto muerto.

En las últimas décadas la mortalidad infantil ha descendido en gran parte de los países del mundo. El componente de la mortalidad infantil que más se ha reducido es el correspondiente al período post-neonatal (de los 28 a los 365 días de vida), gracias al control de las enfermedades inmunoprevenibles y la desnutrición. Si bien hay heterogeneidad entre los países, el componente neonatal de la mortalidad infantil ha sido más difícil de reducir y además de la prematurez y el bajo peso, las anomalías congénitas pasaron a tener un mayor peso relativo. En el año 2016, Argentina notificó 7.093 defunciones de menores de 1 año, con una tasa de mortalidad infantil de 9,7 cada 1.000 nacidos vivos. Las defunciones infantiles debidas a anomalías congénitas en ese período fueron 1.919 y explicaron más del 27 % de las defunciones infantiles totales.

La muerte fetal intrauterina es un evento devastador, tanto para la familia como para el equipo médico. Es un momento muy amargo que nos descoloca y nos pone en una realidad no esperada. Para la familia, especialmente para la madre, la muerte de un hijo provoca un enorme sentimiento de pérdida y muchas veces de culpabilidad. Más importante aún, es un evento tan calamitoso que tiene un impacto psicológico enorme poniendo a prueba la relación médico-paciente, y entre familiares, además de aquellas establecidas entre usuarios/clientes con proveedores y prestadores de salud. Para el médico constituye un gran desafío el explicar el evento adverso actual y prevenir uno futuro. Cuando los controles prenatales han sido adecuados y los exámenes de laboratorio están dentro de los parámetros normales, es difícil anticipar este final y menos comprender la génesis de dicho desenlace y, por tanto, definir estrategias futuras que garanticen un resultado distinto en el embarazo siguiente.

El 98 % de los aproximadamente 2,6 millones de mortinatos anuales ocurren en países con poder adquisitivo medio bajo. Prácticamente la

mitad de las muertes ocurren durante el trabajo de parto y el nacimiento inmediato. La mayoría de estas muertes son consecuencia de problemas que podrían ser evitados si existiera un buen control sanitario de la maternidad, que incluya la prevención y tratamiento de infecciones durante el embarazo y otros problemas de salud directamente relacionados al embarazo como hipertensión, obesidad, diabetes, mal progreso de peso del bebé.

Las anomalías congénitas constituyen la primera causa de mortalidad feto-neonatal en países desarrollados, quedando como segunda o tercera causa en países de Latinoamérica. Al evaluar la mortalidad neonatal temprana, esta resulta 23 veces mayor en malformados que en recién nacidos sanos.

La muerte de un bebé antes del nacimiento conlleva una carga pesada para la familia y la sociedad. Es una tragedia para la familia y puede tener efectos prolongados no sólo en lo psicológico sino también en el aspecto social. Resulta evidente que el comportamiento del equipo de salud que incluye médicos, parteras, psicólogo y en general el personal sanitario involucrado en el seguimiento de la mujer embarazada, es crucial y puede contribuir enormemente para aliviar el trauma vivido por los padres. Es obvio que el impacto negativo de esta gran pérdida va a ser menor si los padres son atendidos en un servicio de maternidad respetuoso y con experiencia en brindar soporte para contener el enorme dolor que produce la pérdida del bebé antes de su nacimiento. Es por ello que es muy importante la actitud de todos aquellos cercanamente relacionados con los padres durante ese trágico evento. La muerte fetal es estigmatizada y usualmente los padres se sienten culpables. Asimismo, la muerte de un bebé no sólo afecta primordialmente al entorno cercano,

sino que el impacto negativo de este evento afecta también a aquellos dedicados al cuidado del niño y a la sociedad en su conjunto.

La mayoría de las muertes fetales son prevenibles a través de un adecuado cuidado de la salud durante del embarazo, el parto y el inmediato control del recién nacido. Las medidas preventivas necesarias para evitar las muertes fetales deben formar parte de un programa de salud pública de control del embarazo y del recién nacido. Es claro que mejorando el control de salud durante la maternidad se logran beneficios al menos a cuatro niveles. Efectivamente, ayuda no sólo a prevenir las muertes fetales, de recién nacidos y maternas, sino también a mejorar el desarrollo global de los recién nacidos. Las inversiones financieras que los gobernantes y otros contribuyentes/filántropos hacen mejorando un solo ítem en salud y obteniendo cuatro beneficios simultáneos se conocen como *cuádruple retorno* y eso es lo que se obtiene al mejorar la salud durante la maternidad.

Por tal motivo realizamos una revisión retrospectiva de la base de datos del Estudio Colaborativo Latinoamericano de Malformaciones Congénitas (ECLAMC). Objetivo del estudio: fue analizar la mortalidad fetal en la región latinoamericana. Fetos muertos pertenecientes a maternidades de la red ECLAMC evaluados desde 1982-2018. Datos provenientes del resumen mensual de nacimientos y ficha ECLAMC mensual. Con una población analizada de 6.267.562 nacidos, de los cuales 6.121.539 fueron nacidos vivos y 146.142 fueron nacidos muertos. Frecuencia de mortalidad fetal de 2,33 %.

TOTAL DE NACIDOS	TOTAL DE NACIDOS VIVOS	TOTAL DE NACIDOS MUERTOS	PORCENTAJE DE MORTALIDAD FETAL
6.267.562	6.121.539	146.142	2,33 %

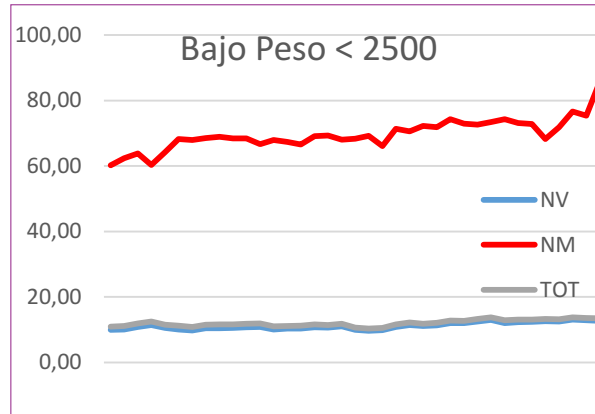


FIGURA 1

El aporte del bajo peso al nacer (BPN) a la mortalidad fetal en los años 1982 fue de 60 %, manteniéndose en estas cifras con un aumento en los últimos años 2018, en 71 %. El BPN es un indicador, que es usado por Naciones Unidas como desarrollo social de los pueblos, el cual describe el grado de inequidad de nuestra región (FIGURA 1).

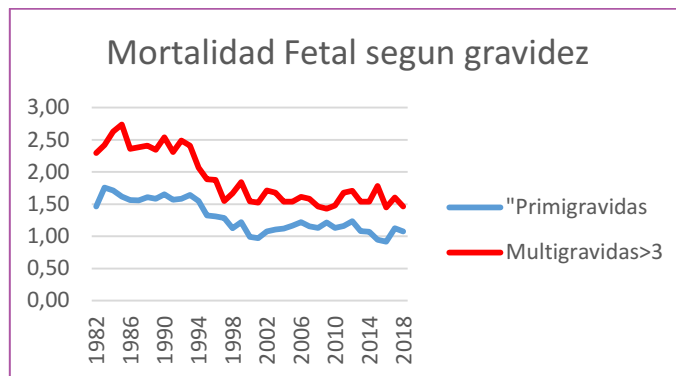


FIGURA 2

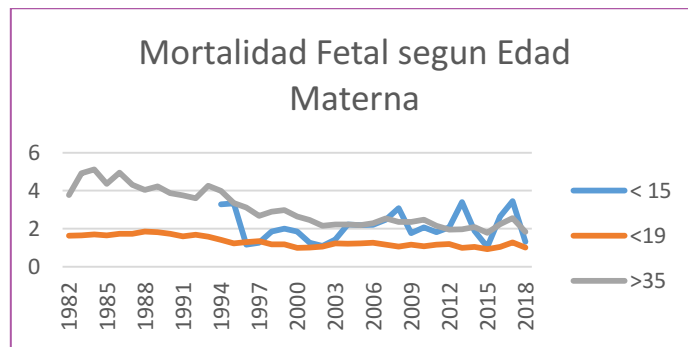


FIGURA 3

La edad materna de más de 35 años muestra una frecuencia de muerte fetal más alta que a edades menores. Las mujeres multíparas, más de tres nacimientos, muestran una tendencia a un mayor riesgo de muerte fetal a lo largo de los años, variables estas que van juntas, aumento de edad y numero de gravidez (FIGURA 2). Esto en el asesoramiento preconcepcional debe quedar establecido como objetivo de prevención (FIGURA 3).

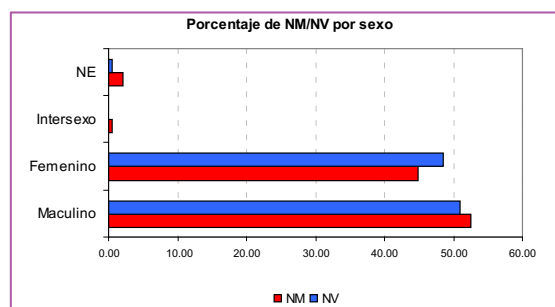


FIGURA 4

El sexo fetal masculino muestra una tendencia de morir mayor al femenino. Hecho que se repite en otros periodos de la vida. Se ve en los gemelares la misma tendencia, en ellos la mortalidad es mayor que en los simples, presentando mayor mortalidad los masculinos sobre los femeninos (FIGURA 5).

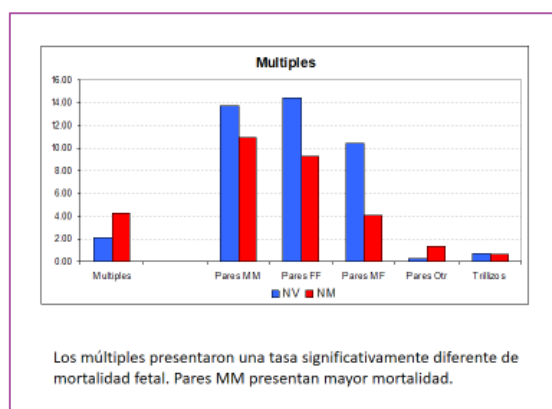


FIGURA 5

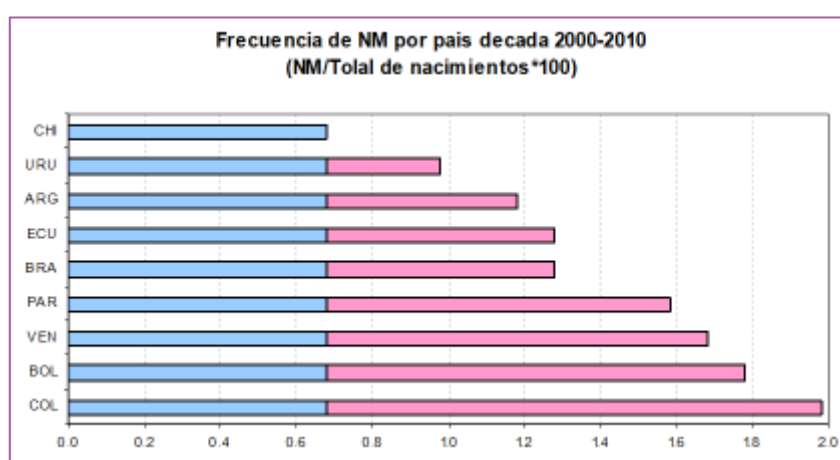


FIGURA 6

El último análisis fue tomar a Chile como país con el mejor indicador, comparado con el resto de maternidades latinoamericano, mostrando los esfuerzos que se deberían realizar para acercarse al indicador chileno.

Conclusión

La epidemiología de malformaciones congénitas es compleja y en su gran mayoría de causa multifactorial, interactuando factores ambientales y genéticos. La variación de la frecuencia temporal y/o espacial puede estar relacionada con cambios en los métodos de averiguación (mayor detección

por la incorporación de nueva tecnología), cambios demográficos de factores de riesgo asociado a una malformación específica (edad materna avanzada y síndrome de Down), poblaciones con mayor susceptibilidad genética en la ocurrencia del defecto (poblaciones amerindias y labio leporino), o causas desconocidas. A pesar de ello, más de la mitad de las malformaciones congénitas son evitables a través de medidas de prevención primaria de bajo costo y de simple implementación.

