

Guía de Referencia Rápida

Diagnostico y Tratamiento de Muerte Fetal con Feto Único

Guía de Práctica Clínica GPC

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-567-12



GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

P95 Muerte fetal de causa no especificada

GPC

Diagnóstico y Tratamiento de Muerte Fetal con Feto Único ISBN en trámite

DEFINICIÓN

Muerte fetal: Definida por la OMS, como la muerte previa a la expulsión o extracción completa del producto de la concepción, independientemente de la edad de la duración del embarazo. Según la edad gestacional debe ser a partir 22 de gestación o un peso al momento del nacimiento mayor de 500 gramos (NOM. 040-SSA2-2004, Lancet, 2011).

EPIDEMIOLOGIA

La frecuencia de muerte fetal varía, siendo estimada en 1% de todos los embarazos, afecta alrededor de 3 millones de embarazadas por año en todo el mundo, de las cuales el 98% ocurren en países de bajo y mediano nivel socio-económico.

Los casos de muerte fetal antes del trabajo de parto representan más de la mitad de los casos, Muchos casos no son registrados ni reflejados en las políticas sanitarias a nivel mundial.

Las fuentes primarias para la generación de las estadísticas de mortalidad general y fetal son: el Certificado de Defunción y el Certificado de Muerte Fetal.

Estos documentos deben ser expedidos por profesional de la salud luego de constatar la muerte y probable causa de defunción.

Se deberá extender por única vez, en forma gratuita y obligatoria, en toda defunción.

FACTORES DE RIESGO

Los Factores de Riesgo (FR) relacionados en la Muerte fetal (MF) se clasifican de la siguiente manera:

Materno

Fetales

Otros

Factores maternos se dividen en modificables y no modificables.

No modificables

Antecedente de pérdida fetal.

Factor Rh negativo en la mujer.

Enfermedades sistémicas (Hipertensión arterial crónica, diabetes, enfermedades renales, colagenopatías, enfermedades renales, Cardiopatías, trombofilias, Intoxicaciones, Traumatismo, Tiroidopatías, obesidad)

Raza negra (afroamericana OR 2)

Edad materna de riesgo (Mayor a 35 años)

Modificables:

Tabaquismo

Alcoholismo

Uso de cigarrillo (30%), alcoholismo(14%), drogas (7%)

Obesidad (> IMC30)

Las muerte fetal puede suceder como complicación durante :

El embarazo

El parto.

Hasta en un 25 a 50% no se identifica la etiología de la muerte, por lo que se debe informar a los padres que no hay una causa específica en casi la mitad de las muertes fetales.

Las causas de muerte fetal ante parto de origen materno más comunes son:

-Diabetes mellitus

-Preeclampsia.

-Hemorragias

-Retraso del crecimiento

Infecciones

-Anormalidades congénitas.

A las mujeres con antecedente de muerte fetal y tabaquismo se les debe de ofrecer asesoría, fomentando apoyo en grupos de ayuda para abandonar el tabaquismo.

Ante la paciente con factores de Riesgo de muerte fetal, se debe ofrecer consulta y asesoría preconcepcional para futuros embarazos, control prenatal óptimo con monitoreo estrecho e intervenciones oportunas.

Se les debe informar a las embarazadas que deben evitar aumento de peso patológico si se encuentran con un $IMC \geq 25$.

Los factores fetales que se asocian a muerte fetal son:

Sexo (Masculino)

la Isoinmunización a factor Rh

Malformaciones congénitas

Ruptura Prematura de membranas

Disminución de líquido amniótico

Circular de Cordón doble o triple

Embarazos múltiples

Malformaciones fetales congénitas

Corioamnioititis

Peso

RCIU

Posmaduréz.

El profesional de la salud debe informar de la necesidad de un control prenatal estricto en las pacientes que tiene factores de riesgo de muerte fetal.

Se debe realizar durante todo el embarazo detección de factores de riesgo y un control prenatal adecuado a éstos con fines de reducir la incidencia de muerte fetal.

Una historia clínica enfocada a detección de factores de riesgo en forma oportuna que incluya:

Historia médica social identificando nivel socioeconómico y salud mental, religión.

Evaluación de estado clínico nutricional
 Evaluación dental
 Adicciones
 Actividad sexual
 Abuso o violencia doméstica o familiar
 Uso de medicamentos
 Exploración física y pélvica
 Somatometría y signos vitales
 Estudios prenatales: EGO. Glucosa, Hemoglobina, alfa fetoproteínas en paciente con riesgo de cromosomopatías, inmunizaciones
 Uso de ácido fólico previo lo que podrá ofrecer cuidados
 Monitoreo eficaz con fines de reducir el riesgo de muerte fetal.

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico clínico

Los datos clínicos relevantes en el diagnóstico de muerte fetal son:

- a) Ausencia de movimientos fetales
- b) Ausencia de crecimiento uterino
- c) Ausencia de frecuencia cardíaca fetal.

Se puede sospechar ante:

- 1.- Desaparición de percepción de los movimientos fetales.
- 2.- Retraso de crecimiento fetal
- 3.- regresión del tamaño de los senos.
- 4.- malestar general
- 5.- Secreción transvaginal sanguinolenta o acuosa
- 6.- sensación de peso en abdomen
- 7.- mal sabor de boca
- 8.- Desaparece la telorrea o secreción de calostro
- 9.- Desaparición de síntomas neurovegetativos en los casos de haber estado presentes.

Ante la detección de falta de movimientos fetales, ausencia de crecimiento uterino y/o ausencia de frecuencia cardíaca fetal se debe descartar la presencia de muerte fetal.

Al realizar el diagnóstico, se debe comunicar a la paciente, y en caso de acudir sin familiar se debe localizar inmediatamente al esposo o familiares.

Después de confirmar el diagnóstico de muerte fetal se les debe solicitar a los padres que firmen de enterados del diagnóstico.

Los médicos deben considerar que un estudio auxiliar de diagnóstico anormal no necesariamente explica la causa de muerte fetal debiéndose correlacionar con otros estudios y si es posible con autopsia fetal, pudiéndose requerir estudios complementarios posteriores.

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Los estudios de laboratorio o gabinete con fines de confirmar la muerte fetal son:

Ultrasonido en tiempo real

Cardiotocografía

Estudio radiológico

El estudio más indicado para el diagnóstico de muerte fetal es ultrasonografía en tiempo real.

Idealmente el ultrasonido en tiempo real debe estar disponible en cualquier momento en las unidades médicas que cuenten con el recurso.

El estudio ultrasonográfico es un método adecuado y seguro para el feto cuando se utiliza apropiadamente es útil para determinar edad gestacional, número de fetos, viabilidad, crecimiento fetal, y localización placentaria, localización del cordón umbilical, cantidad de líquido amniótico y malformaciones.

Si por ultrasonido se encuentran dificultades técnicas para realizar el diagnóstico de muerte fetal debido a de obesidad, oligoamnios, puede utilizarse doppler color del corazón fetal o cordón umbilical.

Otros estudios para identificar la posible causa de muerte fetal:

Autopsia, estudio de la placenta, cordón umbilical y membranas amnióticas.

Cariotipo

Cultivo de líquido amniótico

Los estudios serán de acuerdo a la sospecha de etiología.

Se puede solicitar una segunda opinión y valoración ante la duda diagnóstica o si se considera necesario.

En las unidades en donde no se cuente con ultrasonido en tiempo real, y se tenga al alcance rayos X se puede observar datos sugestivos de muerte fetal, éste aportará exclusivamente en muerte fetal tardía a través de los siguientes datos:

Signo del halo (Acumulación del líquido extravascular entre el cráneo y capa de grasa subcutáneo del cuero cabelludo) que causa elevación de la grasa y formación del halo, apareciendo dentro de las 48 horas post-mortem en un 38 a 90% de los casos.

Superposición de las suturas craneales que puede observarse entre el 6° y 8° mes de gestación apareciendo dentro de los primeros siete días debido a una licuefacción encefálica (Signo de Spalding)

Angulación anormal de la columna vertebral o pérdida de la actitud fetal, debido a maceración de los ligamentos espinosos.

Gas formado dentro del feto producto de la descomposición de la sangre, observado entre 6 horas a 10 días postmortem, no siendo de certeza ya que se encuentra entre el 13 al 80% de los casos.

Estudios postnatales

Están indicados principalmente con fines de búsqueda de causa de la muerte, cuando esta no este identificada siendo los más recomendados:

A) Autopsia

B) Examen de placenta, cordón y membranas y líquido amniótico.

c) Cariotipo

D) Evaluación materna para investigar comorbilidad materna.

A los padres se les debe ofrecer la realización de autopsia fetal para ayudar a explicar la posible causa, informando que va proporcionar información relevante en las causas que los otros estudios

prenatales no ofrecieron, siendo crucial para un futuro embarazo, respetando la decisión tomada. En los casos que los padres acepten la realización de la autopsia fetal deben de contar con hoja de consentimiento informado.

MANEJO

La atención de la embarazada con muerte fetal intrauterina se identifican dos conductas:

- **-Manejo expectante** (Esperar en forma espontánea que inicie el trabajo de parto)
- **Manejo intervencionista** (Propiciar el nacimiento a través de inducción para un parto vaginal o nacimiento por vía abdominal por medio de Cesárea.

Más del 85% de pacientes con muerte fetal desarrollan trabajo de parto espontáneamente dentro de tres semanas posteriores al diagnóstico. Y en un 90% de estas ocurre en las primeras 24 horas de la muerte.

Si la paciente se encuentra físicamente bien, las membranas están íntegras y no hay problemas de preeclampsia, el riesgo de infección o sangrado es bajo en las primeras 48 hrs.

Hay un 10% de posibilidades de Coagulación Intravascular Diseminada dentro de las 4 semanas después de la muerte fetal aumentando hasta el 30% a partir de este momento.

La inducción del trabajo de parto debe ser ofrecida a pacientes en las que no este contraindicado.

El despegamiento de membranas esta indicado para inducir el inicio de Trabajo de parto.

Para decidir la vía de interrupción del embarazo se debe considerar opinión de la madre así como su condición médica e historia intraparto previa.

Si la paciente decide continuar con el embarazo hasta iniciar el trabajo de parto espontáneamente debe de solicitarse dos veces a la semana estudios de laboratorio de coagulación y Biometría hemática. con seguimiento vía telefónica durante las primeras 24 horas para información y soporte,

La cesárea podría ser indicada de acuerdo a las condiciones maternas (hemorragia, preeclampsia, cirugías previas del cuerpo uterino, y fetales (situación transversa, desprendimiento de placenta normoinserta, macrosómico) inducción fallida o cérvix no favorable.

El parto vaginal no es recomendado en mujeres con tres cesáreas previas, ruptura uterina previa o incisiones uterinas altas.

En embarazo de 28 semanas, debe ser valorado clínicamente o con estudios de gabinete la anatomía del feto.

La inducción se realizara cuando la presentación es cefálica o pélvico.

Las mujeres deben de saber que al prolongarse el inicio del trabajo de parto el aspecto del feto puede estar deteriorado.

Los profesionales de salud que dan atención a la paciente con muerte fetal que recomiendan la inducción de TP, deben :

Permitir a la mujer analizar la información ofrecida antes de cualquier decisión.

Fomentar a la pareja a buscar otras fuentes de información o asesoría.

Invitar a la mujer para manifestar sus inquietudes o dudas ante otras opciones

Apoyar a la mujer en cualquier decisión.

Cuando esté indicada la inducción de TP en muerte fetal, el uso de prostaglandinas esta considerado en primer línea, específicamente las prostaglandinas E2 en su aplicación local vaginal.

La dosis recomendadas para las prostaglandinas E2 vaginal es la siguiente:

Una dosis vaginal en gel, seguida de una segunda dosis después de 6 horas si el trabajo de parto no se ha iniciado hasta un máximo de dos dosis.

En la inducción de TP las Prostaglandinas están indicadas individualizando de acuerdo a la

disponibilidad de las presentaciones y el protocolo local en cada unidad o institución contemplando además si no hay contraindicación del uso de las mismas (alergias al fármaco o contraindicación de parto vaginal) ya que el riesgo de ruptura uterina se incrementa.

La prostaglandina disponible en cuadro básico Institucional es la Dinoprostona de 0.5 mg en gel, la cual se aplica vaginalmente en fondo de saco vaginal posterior.

Se debe considerar las condiciones cervicales para la inducción del trabajo de parto (TP) evaluándolo por la calificación de Bishop la cual lo clasifica en cérvix inmaduro (Bishop menor o igual a 6) y cérvix maduro (Bishop mayor de 6), se iniciara con prostaglandina local en casos con cérvix maduro.

El misoprostol es una protaglandina sintética que puede administrarse por vía oral o vaginal, sin embargo **en la mayoría de los países no esta autorizado en el embarazo**, su uso a pesar es frecuente con fines de interrumpir el embarazo, su uso puede ocasionar desde hiperestimulación uterina hasta ruptura uterina y en el cuadro básico institucional no se encuentra disponible.

Los efectos adversos más frecuentemente reportados con el uso de dinoprostona son: Cefalea, mareo, náusea, vómito, diarrea, dolor vaginal, fiebre, escalofrío, artralgias, calambres en extremidades, broncoespasmo.

La oxitocina no debe aplicarse de manera rutinaria para la inducción y conducción del trabajo de parto normal, debe tener una justificación por escrito y realizarse bajo vigilancia estrecha por médicos que conozcan a fondo la fisiología obstétrica y aplicando la Norma institucional al respecto.

La oxitocina puede ser usada en pacientes con antecedente de cesárea previa bajo la indicación y vigilancia por el profesional especializado (obstetra).

Las pacientes con cicatriz previa se les debe de informar, que en general, la inducción del trabajo de parto con prostaglandinas no esta ausente de riesgos.

En nuestro medio no se tiene considerado inductoconducción de TP con dos cesáreas previas.

Los métodos mecánicos en la inducción de un trabajo de parto con feto muerto deben ser usados solamente bajo protocolo de ensayo clínico controlado.

ASPECTOS PSICOSOCIALES

Los síntomas clásicos del duelo posterior a una muerte fetal son irritabilidad, perdida del apetito, insomnio y perturbación de las actividades diarias, este es un proceso normal mediante el cual se rompen lazos emocionales hasta que la vida normal se restablece.

Muchas madres se aferran a la esperanza remotas de que el feto se encuentre vivo, si bien otras manifiestan una conciencia plena temen al traumatismo adicional del trabajo de parto por las tensiones físicas no compensadas y la confirmación de la muerte.

Se debe explicar el beneficio que se obtiene al retrasar un próximo embarazo por lo menos un periodo mayor de 6 meses después de la muerte fetal, enfocándose a que el aspecto psicológico este resuelto, ya que de lo contrario se genera mayor ansiedad, se recomienda.

Los padres que presentan muerte fetal deben recibir atención óptima psicológica especializada.

De ser posible, se debe colocar a la paciente en una habitación separada, su expediente o habitación deben distinguirse de alguna manera que permita alertar al personal de salud o familiares que están ante un caso de pérdida fetal o muerte fetal.

Se debe propiciar que tanto los padres y familiares cercanos vean al recién nacido sin vida, ya que

muchas madres han afirmado que la muerte no fue real para ellas hasta que lo vieron. Se debe de asesorar a los familiares cercanos de la paciente con muerte fetal para detección de manifestaciones clínicas de estados depresivos.

CRITERIOS DE REFERENCIA

De primer a segundo nivel de atención

Los padres que presentan muerte fetal deben ser enviados a valoración psicológica especializada. El medico de primer contacto debe de enviar a la paciente con sospecha de muerte fetal al servicio de urgencias de Ginecología del Hospital que le corresponde acompañada de un adulto, debiendo llevar hoja de envío con un resumen clínico.

De segundo a tercer nivel

Se recomienda que las pacientes con muerte fetal inexplicable sean valoradas en un centro especializado obstétrico.

El medico de Segundo nivel o especialista enviara a la paciente con diagnostico confirmado de muerte fetal a tercer nivel cuando existe comorbilidad que ponga en peligro la vida de la paciente siempre y cuando este estabilizada o en condiciones para su traslado.

CRITERIOS DE CONTRA-REFERENCIA

De tercer a segundo nivel

Se contrareferida la paciente en las siguientes circunstancias:

Paciente con muerte fetal y resolución del embarazo con patología de fondo controlada para ofrecer consejo pre gestacional.

Paciente con muerte fetal con resolución del embarazo sin causa de la muerte no identificada con fines de buscar etiología en breve.

De segundo a primer nivel

Sera contra-referida la paciente en las siguientes circunstancias:

Paciente en la que se descarte muerte fetal.

Paciente con muerte fetal con resolución del embarazo y método anticonceptivo.

DIAGRAMAS DE FLUJO

DIAGRAMA 1 DIAGNÓSTICO Y REFERENCIA DE MUERTE FETAL CON FETO ÚNICO EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN.

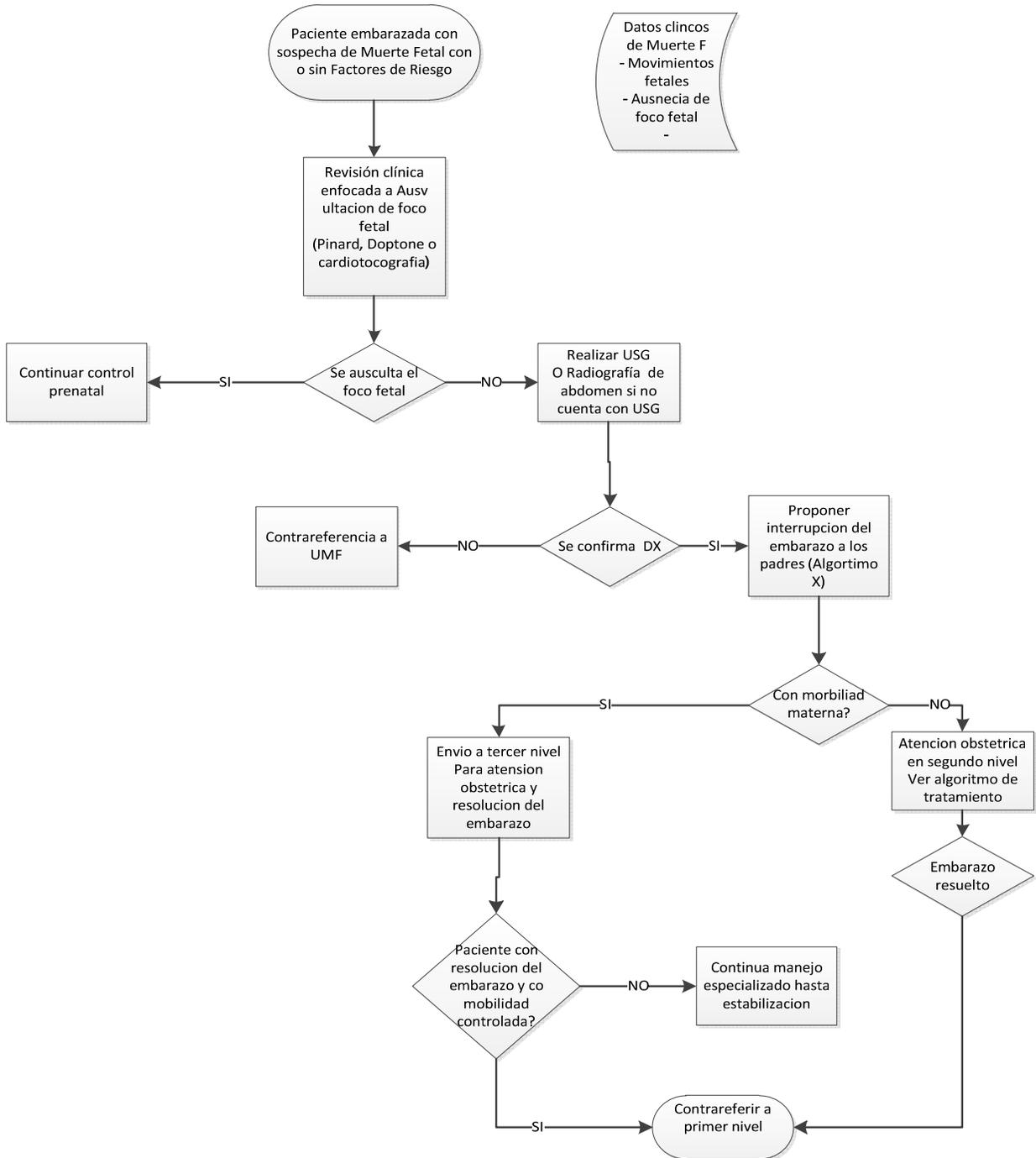
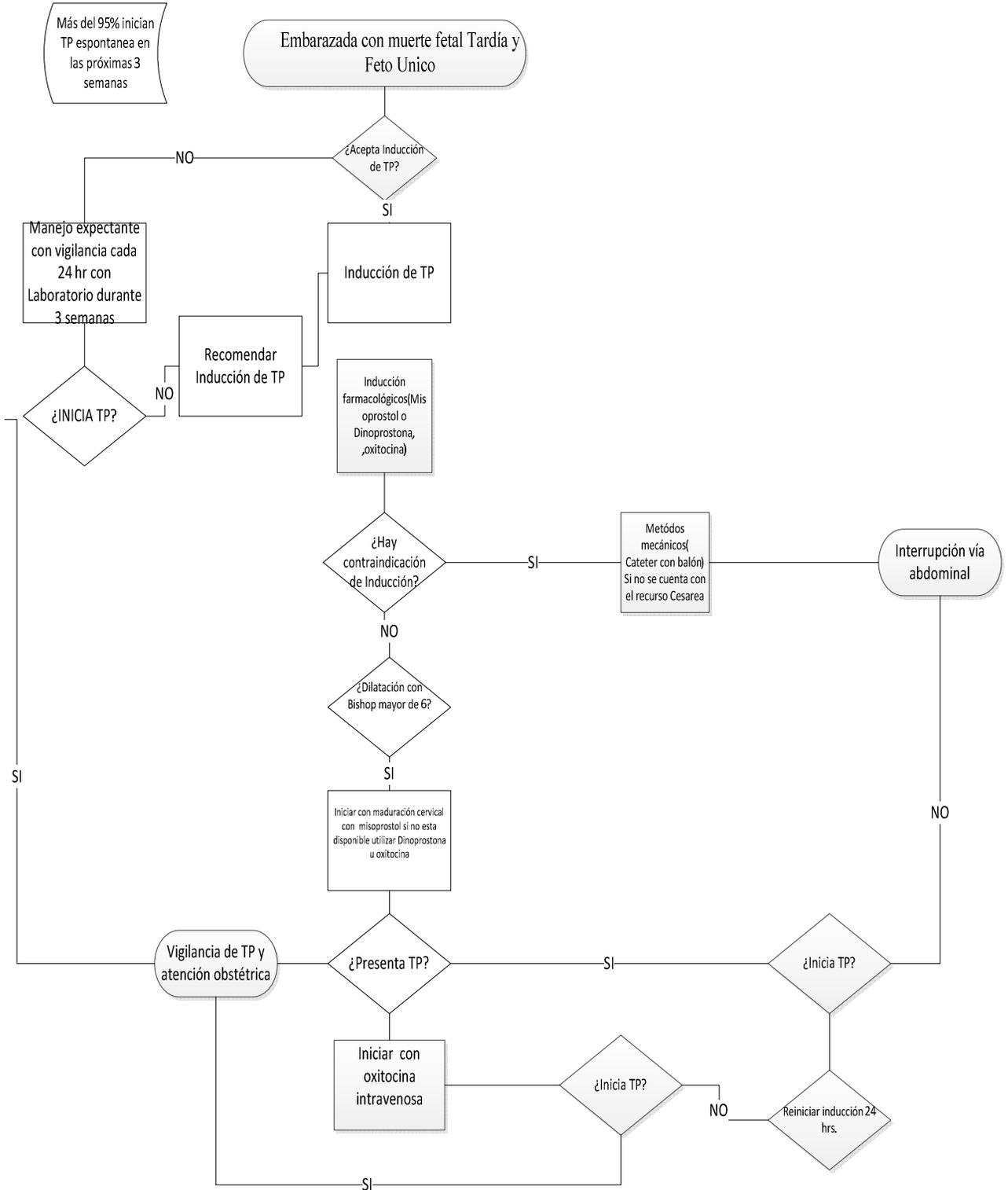


DIAGRAMA 2 MANEJO CONSERVADOR E INTERVENCIONISTA EN LA MUERTE FETAL CON FETO ÚNICO



CUADRO I. MUERTE FETAL Y FACTORES DE RIESGO

Condición médica	Tasa Óbito por 1000 nacidos vivos de madres con la misma condición.	OR	Autor
Embarazo	6-7	1.0	Alessandri
Embarazo de bajo de riesgo.	4-5.5	0.86	Fretts
Embarazo múltiple.	12-30	1.0-2.8	Fretts
Antecedente de RCIU	12-30	2-4.6	Fretts
Antecedente de óbito	9-20	1.4-3.2	Fretts

OR: Razón de momios

Condición médica desórdenes hipertensivos	Tasa óbito por 1000 nacidos vivos de madres con la misma condición.	OR	Autor
Hipertensión arterial crónica (HASC)	25	1.5-2.7	Anath-Fretts
HASC +Preclampsia sobreagregada.	52	----	Mabie
Hipertensión inducida por el embarazo	9	----	Anath
Preclampsia leve	5	1.2-4.0	Sibai
Preclampsia severa	21	1.8-4.4	Martin
HELLP	50	----	Martin
Eclampsia	18	----	Ananth

OR: Razón de momios

CONDICIÓN MÉDICA DIABETES	TASA Óbito por 1000 nacidos vivos de madres con la misma condición.	OR	Autor
Pregestacional.	10		Landon
Diabetes tipo 1	6	1.7-70	Cundy
Diabetes tipo 2	35	1.2-2.2	Cundy
Diabetes gestacional	5		Landon

OR: Razón de momios

CONDICIÓN MÉDICA	TASA	OR	Autor
DIABETES	Óbito por 1000 nacidos vivos de madres con la misma condición		
Obesidad	15-20	2.1-2.8	Sthepansson
LES	40-150	6.0-20	Le Thi Houng
Trombofilias.	18-40	2.8-5.0	

CONDICIÓN MÉDICA	TASA	OR	Autor
DIABETES	Óbito por 1000 nacidos vivos de madres con la misma condición		
Compromiso renal leve.	15	----	Davidson.
Compromiso renal moderado a severo.	32-200	----	Jungers.

CONDICIÓN MÉDICA	TASA	OR	Autor
DIABETES	Óbito por 1000 nacidos vivos de madres con la misma condición		
Hipertiroidismo controlado	0-36	2.2-3.0	Alsulyman
Hipertiroidismo no controlado.	100-156	---	Gaudert
Hipotiroidismo	15-125	----	Fisk
Hipotiroidismo subclínico.	0-15	----	Davis

Tomado de: Sven Cnatitingius, Olof Stephansson. The epidemiology of Stillbirth. Semin Perinatol 2002;26:25-30.

CUADRO II. FACTORES DE RIESGO Y DIAGNÓSTICO DE MUERTE FETAL

