

## Disminución de movimientos fetales: factor de riesgo en la mortalidad perinatal

Jillian Cassidy

Presidente, Umamanita

Correo electrónico: [jillian@umamanita.es](mailto:jillian@umamanita.es)

En España, alrededor de 1,500 bebés mueren cada año durante el embarazo pasadas las 22 semanas de gestación. Aparte de que aún hay muy poca conciencia social sobre estas muertes, nadie parece preguntar:

¿Se puede reducir la tasa de muerte intrauterina<sup>[a]</sup> en España? y si es posible, ¿Cómo?

Aquí explico la importancia de crear conciencia sobre las implicaciones de una disminución de los movimientos fetales en el último trimestre del embarazo y abogo por la necesidad de mejoras en las prácticas de la autopsia y la necesidad de una estrategia nacional para reducir la tasa de mortalidad perinatal.

Los movimientos fetales se consideran un indicador de salud del bebé, sus movimientos son una manera (consciente o inconsciente) de comunicar su estado de bienestar con su madre/mundo exterior. Los movimientos, su frecuencia e intensidad son únicos de cada bebé.

El momento de empezar a percibir los movimientos de su bebé es distinto para cada mujer. Depende de bastantes factores, por ejemplo, si la madre es primeriza o no, la posición de la placenta, la masa corporal de la madre. Lo habitual es que a partir de la semana 26/28 la mujer perciba el patrón de movimientos de su bebé de manera rutinaria.

Una disminución de movimientos fetales (DMF) puede ser un indicador de discapacidad del desarrollo neurológico, infecciones, hemorragia materno fetal (HMF), la necesidad de un parto de urgencia, complicaciones del cordón umbilical, de un bebé pequeño para su edad gestacional (PEG) y/o restricción del crecimiento fetal (RCF)<sup>1</sup>.

Aunque la mayoría de las mujeres que perciben una disminución de movimientos tengan un resultado positivo de su embarazo las mujeres que perciben una disminución de movimiento tienen un mayor riesgo de tener un desenlace negativo<sup>2</sup>.

Entonces ¿Por qué muchas mujeres que sufren una muerte intrauterina en el tercer trimestre, habiendo percibido una disminución de los movimientos de su bebé, no acudieron antes al hospital? Si científicamente está demostrado que una reducción o disminución de movimientos

# Muerte y Duelo Perinatal

Revista cuatrimestral sobre la atención sanitaria, investigación, avances y actividad en la comunidad

fetales es un indicador de posibles problemas, ¿por qué hay tantas mujeres y sus parejas que no son conscientes de la importancia de los movimientos de su bebé?

Es primordial que las mujeres sepan la importancia de los movimientos de su bebé y lo que puede significar un cambio en el patrón. Aunque esta información es algo que se suele comunicar a las mujeres en alguna visita(s) con su matrona/ ginecóloga/o, aun es demasiado habitual hablar con mujeres que han sufrido una muerte intrauterina en el tercer trimestre y que cuentan que no eran conscientes de la importancia de los movimientos de su bebé<sup>3,4</sup>.

Muchas sí percibieron una disminución de movimientos o un cambio en los hábitos de su bebé o simplemente una “percepción” o “intuición” de que algo no iba bien, pero no acudieron al hospital. En un estudio reciente llevado a cabo por Tommys UK y Babycentre se vio que a un 66% de las mujeres embarazadas les preocupaba acudir a urgencias por no querer molestar a los profesionales sanitarios o porque sentían que los profesionales sanitarios no tomaría en serio su preocupación<sup>5,6</sup>.

Otro factor que impide que una mujer acuda a urgencias es el mito, muy extendido, de que un bebé se mueve menos al final del embarazo. A pesar de que la naturaleza de los movimientos fetales puede cambiar debido al espacio restringido al llegar a término, no se considera normal una reducción de la fuerza o la frecuencia de los movimientos<sup>1</sup>.

Con lo cual, es fundamental que las mujeres reciban una información clara y de manera continuada durante el embarazo sobre los movimientos de su bebé. Es vital reforzar el concepto que *ellas son las que* mejor conocen a su bebé y su patrón de movimientos y que el equipo sanitario toma en serio la “percepción” de la madre. Es habitual que las mujeres se sientan “tratadas como histéricas” por parte del equipo médico cuando acuden preocupadas por el bienestar de su bebé.

La declaración de postura sobre la disminución de movimientos fetales que ha sido publicada este abril por International Stillbirth Alliance (ISA) y en el cual han participado 27 profesionales sanitarios, madres/padres y organizaciones de más de 10 países aborda la disminución de movimientos fetales y su manejo además de otros temas como el empoderamiento de la mujer<sup>1</sup>.

La declaración se hace eco de la serie de 5 artículos publicados en The Lancet *Acabando con las muertes prevenibles* sobre la importancia de educar y capacitar a la mujer y a su comunidad y de empoderar a las mujeres para que reclamen calidad de vida y cuidados sanitarios de calidad<sup>7,8</sup>.

Según la declaración de ISA “una percepción de la mujer de una reducción de la fuerza o la frecuencia de los movimientos sigue siendo la mejor definición de DMF (lo que invalida cual-

quier definición que use el conteo de movimientos) y debe considerarse como un signo potencial de embarazo de riesgo”<sup>1</sup>.

Crear conciencia sobre los movimiento del bebé no es crear alarma entre las mujeres, sino proporcionarles la información adecuada, actualizada y basada en la ciencia, para que ellas participen de manera activa en *su* embarazo y conozcan mejor los patrones de movimiento de su bebé.

La conciencia sobre los movimientos fetales por parte de las mujeres y los/las profesionales sanitarios es una acción concreta para intentar reducir la tasa de muerte intrauterina. Según los artículos publicado en The Lancet los países en desarrollo pueden reducir su tasa de muerte intrauterina en casi la mitad mientras que todos los países de rentas altas pueden reducir hasta en un tercio<sup>7,8</sup>. No podemos acabar en su totalidad con la muerte intrauterina en el tercer trimestre pero sí podemos acabar con aquellas muertes que son prevenibles.

## La muerte intrauterina prevenible

Las muertes prevenibles no son solo las muertes que ocurren como por ejemplo por malaria o sífilis en los países de rentas bajas, también hay muertes prevenibles en los países de rentas altas como España.

En las conferencias que organizó Umamanita en febrero de este año se invitó al profesor y ginecólogo holandés Jan Jaap Erwich para hablar precisamente sobre la prevención de la muerte intrauterina. Demostró que Holanda ha reducido su tasa anual de muertes en un 24% en el período 2009-2014 y actualmente se sitúa en el 2,75/1000<sup>9</sup>.

Según el Instituto Nacional de Estadística (véase tabla 1) en el mismo periodo la reducción en la tasa de mortalidad perinatal en España apenas ha cambiado situándose en 2,61 muertes intrauterinas a partir de las 28 semanas por cada 1000 nacimientos in 2014. Aunque la tasa de Holanda es actualmente más alta que España, un punto a destacar es el grave problema de infradeclaración de muertes intrauterina que existe y que posiciona a España en una situación aún más desfavorecida<sup>10</sup>.

Como destacó el profesor Erwich durante su ponencia, en Holanda la reducción se consiguió cuando empezaron a implementar ciertas estrategias dentro del sistema sanitario, como por ejemplo<sup>9</sup>:

- Mejor cooperación entre matronas de atención primaria y ginecólogos en el hospital
- Derivación más rápida y protocolos de actuación en caso de urgencias obstétricas

# Muerte y Duelo Perinatal

Revista cuatrimestral sobre la atención sanitaria, investigación, avances y actividad en la comunidad

- Consciencia sobre disminución de los movimientos fetales
- Mediante formación, mejor monitorización fetal
- Auditorías sobre mortalidad (y ahora morbilidad) perinatal estructurada en todas las unidades de obstetricia en Holanda
- Registro adecuado.
- Importancia de autopsia de placenta y autopsia.

**Tabla 1. Números y tasas de mortalidad fetal en España 1996-2014**

	1996	2005	2009	2010	2011	2012	2013	2014
A Nacimientos	362,626	466,371	497,717	485,423	471,999	454,648	425,715	427,595
B Total muertes fetales precoces y tardías (22 semanas - parto)	1,423	1,538	1,569	1,501	1,527	1,483	1,398	1,347
C Total muertes fetales tardías (28 semanas - parto)	1,227	1,323	1,350	1,310	1,296	1,265	1,196	1,118
<i>Menos de 28 semanas</i>	196	215	219	191	231	218	202	229
<i>De 28 a 31 semanas</i>	230	270	216	239	229	245	236	212
<i>De 32 a 36 semanas</i>	347	416	428	375	394	404	331	352
<i>De 37 a 42 semanas</i>	393	473	431	437	444	405	418	387
<i>De 42 y más semanas</i>	11	10	6	1	6	3	5	3
<i>No consta*</i>	246	154	269	258	223	208	206	164
Tasa de mortalidad fetal 22 semanas - parto $(B/(A+B))*1000$	3.91	3.29	3.14	3.08	3.22	3.25	3.27	3.14
Tasa de mortalidad fetal 28 semanas - parto $(C/(A+C))*1000$	3.37	2.83	2.71	2.69	2.74	2.77	2.80	2.61

Fuente: Elaboración por el equipo de investigación de Umamanita a partir de datos de la INE (Nacimientos, muertes fetales).

\*El porcentaje de no respuestas en el campo de semanas de gestación presenta un problema importante en cuanto al cálculo de la tasa de mortalidad, especialmente si se excluye del total número de muertes  $\geq 28$  semanas. Entonces para el propósito de estos cálculos se ha incluido todas las muertes de este campo en el cálculo. Aunque podría causar una supraestimación de la cifra de mortalidad fetal tardía, es más que probable que el problema de la infradeclaración lo equilibre.

Hay que tener en cuenta otros factores de riesgo como fumar, la hipertensión, la diabetes, la edad materna y el consumo de drogas y alcohol para reducir la tasa de muerte intrauterina. Además de estos factores se debe prestar especial atención a las mujeres en situación socio-cultural y económicamente desfavorecidas o de exclusión social, como algunos grupos de mu-

eres inmigrantes. Por ejemplo, una mujer inmigrante en España tiene 3 veces más posibilidades de sufrir una muerte intrauterina en el tercer trimestre que una mujer Española <sup>11</sup>.

## Importancia de estudios de patología: autopsia y autopsia de placenta

Según la encuesta que Umamanita llevó a cabo en España con 668 mujeres solo se realizó una autopsia general en el 60% de los casos y una autopsia de placenta en el 40,7% de los casos de muertes intrauterinas  $\geq 20$  semanas de gestación<sup>12</sup>.

De estos resultados podemos concluir varias cosas. Primero, la autopsia (general y de la placenta) es inmensamente importante y el estudio que da más resultados en cuanto a la causa de muerte<sup>7</sup> y puede resultar en un cambio de diagnóstico en entre 22%-76% de casos<sup>13</sup>. Entonces, dado que solo se les ofreció la autopsia al 67% de madres/padres<sup>12</sup>, indica que la cifra de aceptación de autopsia es muy favorable y si se ofreciera autopsia a todas las mujeres se podría conseguir una mejor recogida de datos, además de importantes beneficios emocionales para madres y padres<sup>14</sup>.

Segundo, y más importante, como demostró el Dr. Erwich durante las jornadas de Umamanita, en Holanda, las patologías en la placenta representan la categoría más grande de causas de muerte intrauterina<sup>9</sup>, resultados que encuentran constancia en otros estudios<sup>15</sup>. Dado la importancia de saber la causa de muerte (véase también Miller et al.<sup>16</sup>) parece ser muy necesario aumentar el porcentaje de la autopsia de placenta. Además, la autopsia de placenta puede ser una buena opción para aquellas familias que no desean realizar una autopsia general, sin embargo, lo óptimo sigue siendo la autopsia general junto con la autopsia de placenta.

## Conclusión

La educación prenatal y el empoderamiento de la mujer son claves para que toda mujer y su pareja, sea cual sea su situación socio-cultural y económica, sepa de la importancia de los movimientos fetales. El/la profesional sanitario debe recibir formación actualizada sobre la importancia de los movimientos fetales, el procedimiento a seguir en caso de disminución de movimientos fetales y la importancia de escuchar a la mujer.

Es posible reducir la tasa de muerte intrauterina en España significativamente, pero para ello es imprescindible que haya una mejor recogida de datos. Para lo cual se necesita una estrategia nacional que aborde la reducción de la tasa de muertes intrauterinas, que promueva la educación prenatal y favorezca una mejor recogida de datos mediante el aumento de la tasa de autopsias generales y autopsias de placenta realizadas.

# Muerte y Duelo Perinatal

Revista cuatrimestral sobre la atención sanitaria, investigación, avances y actividad en la comunidad

Otros factores de riesgo como fumar, la hipertensión y la diabetes, que aumentan la tasa de muerte intrauterina, han de ser incluidos en el contínuum de cuidados de la mujer y el bebé que gesta para reducir la tasa de muerte intrauterina.

## Notas

[<sup>a</sup>] La muerte intrauterina se define según el OMS: 22 semanas o 500g. En la actualidad para informes globales se usa la definición de 28 semanas /1000g debido a una recogida ineficaz de datos por debajo de estas semanas.

## Bibliografía

- 1 ISA. Position Statement: Fetal Movement Monitoring - Prenatal Surveillance by Detection and Management of Decreased (Reduced) Fetal Movements.; 2017.
- 2 Flenady VJ, Frøen JF, MacPhail J, Al E. Maternal perception of decreased fetal movements for the detection of the fetus at risk: the Australian experience of the international FEMINA collaboration. En: International Stillbirth Alliance (ISA) Conference, Oslo, Norway.; 2008.
- 3 Warland J, Heazell AE, Coomarasamy C, Budd J, Mitchell E. Exploring Novel Risk Factors for Stillbirth: Data from Cohort and Case-Control Studies (Thematic Panel). En: ISA/ISPID Conference, Montevideo, Uruguay.; 2016.
- 4 McArdle A, Flenady V, Toohill J, Gamble J, Creedy D. How pregnant women learn about foetal movements: Sources and preferences for information. *Women and Birth*. 2015;28(1):54-59. doi:10.1016/j.wombi.2014.10.002.
- 5 Rance S, McCourt C, Rayment J, et al. Women's safety alerts in maternity care: is speaking up enough? *BMJ Qual Saf*. 2013;22(4):348-355. doi:10.1136/bmjqs-2012-001295.
- 6 Carter W, Bick D, Mackintosh N, Sandall J. A narrative synthesis of factors that affect women speaking up about early warning signs and symptoms of pre-eclampsia and responses of healthcare staff. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17(1):63. doi:10.1186/s12884-017-1245-4.
- 7 Flenady V, Wojcieszek AM, Middleton P, et al. Ending preventable stillbirths 4 Stillbirths: recall to action in high-income countries. *Lancet*. 2016;6736(15). doi:http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01020-X.
- 8 de Bernis L, Kinney M V, Stones W, et al. Ending preventable stillbirths 5 Stillbirths: ending preventable deaths by 2030. *Lancet*. 2016;6736(15). doi:10.1016/S0140-6736(15)00954-X.
- 9 Erwich JJ. Estrategias de prevención de la mortalidad perinatal en países de rentas altas. Ponencia. En: Jornadas Umamanita - La Muerte Y El Duelo Perinatal: Abordaje Para Profesionales. 25-26 Febrero. Barcelona.; 2017.

- 10 Cassidy P. Posicionamiento acerca de la infradeclaración y fiabilidad de las estadísticas de muertes perinatales en España. 2013. <http://www.umamanita.es/wp-content/uploads/2015/06/Posicionamiento-acerca-de-la-infradeclaracion-y-fiabilidad-de-las-estadisticas-de-muertes-perinatales-en-Espania.pdf>.
- 11 Manzanares-Galán S, López-Gallego MF, Gómez-Hernández T, Martínez-Gacía N, Ventoso-Montoya F. Resultados del mal control del embarazo en la población inmigrante. *Progresos Obstet y Ginecol*. 2008;51(4):215-223.
- 12 Cassidy J, Cassidy P. Care quality in Spanish hospitals: Indicators and results from an online survey. En: Oral presentation. ISA/ISPID International Conference on Stillbirth, SIDS and Baby Survival Montevideo, Uruguay; 2016.
- 13 Gordijn SJ, Erwich JJ, Khong TY. Value of the perinatal autopsy: Critique. En: *Pediatric and Developmental Pathology*. Vol 5.; 2002:480-488. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s10024-002-0008-y>.
- 14 Sullivan J, Monagle P. Bereaved parents' perceptions of the autopsy examination of their child. *Pediatrics*. 2011;127(4):e1013-e1020. doi:<http://dx.doi.org/10.1542/peds.2009-2027>.
- 15 Ptacek I, Sebire NJ, Man JA, Brownbill P, Heazell AEP. Systematic review of placental pathology reported in association with stillbirth. *Placenta*. 2014;35(8):552-562. doi:10.1016/j.placenta.2014.05.011.
- 16 Miller ES, Minturn L, Linn R, Weese-mayer DE, Ernst LM. Stillbirth evaluation: a stepwise assessment of placental pathology and autopsy. *Am J Obstet Gynecol*. 2016;214(1):115.e1-e115.e6. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2015.08.049>.