



PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



CASO CLÍNICO

Muerte fetal anteparto. Duelo perinatal



Carolina Serrano Diana ^{a,*}, Esther López del Cerro ^a, Ana María Castillo Cañadas ^a,
María Teresa Gómez García ^{a,b}, Antonio Nicolás Amezcua Recover ^{a,b} y
Gaspar González de Merlo ^{a,b}

^a Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital General Universitario de Albacete, Albacete, España

^b Departamento de Ciencias Médicas, Facultad de Medicina de Albacete, Universidad de Castilla-La Mancha, España

Recibido el 18 de enero de 2015; aceptado el 20 de febrero de 2015

Disponible en Internet el 5 de mayo de 2015

PALABRAS CLAVE

Muerte fetal;
Aspectos psicológicos;
Duelo perinatal

KEYWORDS

Fetal death;
Psychological aspects;
Perinatal bereavement

Resumen

Introducción: La muerte fetal intrauterina es una de las situaciones más difíciles de enfrentar en la práctica obstétrica diaria. Esta condición es bien caracterizada como un duelo. Especial énfasis debe ser otorgado al apoyo psicológico brindado especialmente a la madre.

Sujetos y métodos: Se presenta el caso clínico de una primigesta de 40 semanas diagnosticada de muerte fetal anteparto. Ilustramos las etapas del duelo y su manejo clínico.

Conclusiones: Consideramos interesante establecer protocolos y directrices bien planificadas sobre el cuidado de la madre y de la pareja durante la pérdida gestacional.

© 2015 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Antepartum stillbirth. Perinatal bereavement

Abstract

Introduction: Intrauterine fetal death is one of the most difficult situations to face in daily obstetric practice. This condition is well characterized as a bereavement. Special emphasis should be given to the provision of psychological support, especially to the mother.

Subjects and methods: We report the case of a primigravida at 40 weeks of pregnancy who was diagnosed with an antepartum stillbirth. We illustrate the stages of grief and their clinical management.

Conclusions: Protocols and guidelines should be designed for the care of the mother and her partner during pregnancy loss

© 2015 SEGO. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: carolinaserranodiana@hotmail.es (C. Serrano Diana).

Introducción

La tasa de pérdidas perinatales es difícil de cuantificar a nivel nacional por la escasez de registros y por otros múltiples factores en la forma de cuantificarlas. Podríamos aceptar como tasa media la de 8/1.000 nacidos, desde la semana 24 de gestación hasta las que ocurren en las primeras 24 h de vida^{1,2}.

La cifra es importante, pero no menos importante es la necesidad que tienen estas parejas de ayuda, orientación y tratamiento, ya sea psicoterápico o farmacológico^{2,3}. Además de la repercusión que tiene para la familia, hemos considerado interesante abordar este tema por lo desconocido de la materia para algunos profesionales sanitarios. La experiencia demuestra que en muchos casos no sabemos cómo actuar en situaciones adversas. La falta de conocimientos acerca de cómo comportarse y la tendencia inconsciente a evitar situaciones negativas hacen que, en ocasiones, se adopte una actitud no siempre correcta ante una pérdida gestacional y se consigue con ello estados de frustración e impotencia⁴. Es una situación tan inesperada que, cuando se da el diagnóstico, estas pacientes se quedan sin reaccionar y después se sucede una cascada de acontecimientos en los que hay que saber conducir, orientar y ayudar^{3,4}. Los ingleses utilizan el acrónimo LAST: «L» para recordar que se debe escuchar (*listen*); «A» (*acknowledgement*) para el reconocimiento del dolor y de la no explicación de la pérdida; «S» (*support*): apoyo y «T» (*touch*): tacto: prestar atención al tono de voz, gestos, postura, mirada...^{4,5}.

Este trabajo pretende presentar un caso clínico y reconocer las necesidades de las familias e informar a los profesionales implicados en la asistencia de la maternidad acerca del acompañamiento y del soporte humano necesario en el proceso de duelo a las madres, padres y familiares tras una pérdida perinatal.

Caso clínico

Mujer de 33 años, primigesta en semana 40, que acude al Servicio de Urgencias del Hospital General Universitario de Albacete por sensación de dinámica uterina. No presenta antecedentes de interés y su embarazo ha cursado con normalidad excepto por una dermatitis papulosa prurítica que se inició en la semana 33.

A su llegada al Servicio de Urgencias presenta una exploración vaginal con dilatación de 2 cm, borramiento del 80%, posición media, consistencia media y presentación cefálica libre. Ecográficamente se evidencia una gestación única, longitudinal y presentación cefálica, con actividad cardíaca positiva y movimientos fetales presentes, con líquido amniótico en cantidad normal y placenta normoinserta en cara anterior. En el registro cardiotocográfico de ingreso se identifica un trazado de categoría anormal o tipo III⁶, con línea de base poco determinada que condiciona un patrón ondulatorio y sin aceleraciones, con escasa variabilidad durante todo el trazado y deceleraciones tardías en más del 50% de las contracciones (fig. 1). Se indica cesárea emergente y en quirófano se repite la ecografía, que objetiva la ausencia de latido cardíaco fetal y de movimientos fetales. De acuerdo con la paciente, la indicación de cesárea queda suspendida. Tras un período de gran confusión para ella y

de shock emocional, se decide inducción activa del parto, naciendo muerto un varón de 3.580 g macroscópicamente normal, sin signos de maceración. Los padres aceptan la visualización del recién nacido; se les deja tras el parto un tiempo de intimidad para que asimilen la situación y consoliden el duelo y, posteriormente, solicitan la pulsera de identificación del recién nacido como recuerdo, que se les entrega. Con el consentimiento de los progenitores se envía el feto para necropsia así como la placenta para su estudio anatomopatológico. Se procede al alta temprana de la paciente con una cita precoz en una consulta de Ginecología para informar acerca de los resultados de la necropsia y valorar la evolución del duelo.

La necropsia diagnóstica leves signos de maceración fetal sin malformaciones y placenta con corioamnionitis aguda y funiculitis aguda. Tras ser informada de estos resultados, la paciente comenta que desde el alta presenta gran sensación de vacío y de malestar general, así como insomnio. Tras comprobar sus sentimientos de rabia e impotencia, se decide derivación a Psicología Clínica, donde comienza a realizar citas frecuentes con fines preventivos. El inicio de las sesiones está marcado por la confusión a lo largo de todo el día, la somnolencia, sensación de peso en el pecho, de falta de aire, sentimientos de indefensión e injusticia... Valorando en su conjunto a la paciente se identifica una relación familiar conflictiva con su progenitor en el seno de una familia controladora e invasiva, así como un sentimiento de incompreensión por parte de su pareja y de conflictos con su familia política. La tristeza, alta labilidad emocional, las ideas de muerte y los sentimientos de soledad e incompreensión, palpables al inicio de las sesiones, fueron dando paso a otros sentimientos de enfado y rabia para con el personal médico y hacia otros padres; posteriormente llegó otra fase de aislamiento social y conductas evitativas, por ejemplo no salir a pasear al parque para no cruzarse con carritos de bebé... Los objetivos planteados, que inicialmente fueron la normalización y validación de reacciones y sentimientos, así como aceptar la realidad de la pérdida y disminuir los pensamientos e imágenes intrusivos y la disminución del aislamiento social, se lograron, quedando residualmente una dificultad para las relaciones sociales, con tendencia a la intrusión y a adoptar conductas evitativas. Estos objetivos iniciales fueron dando paso a lo largo de las diferentes citas a la planificación de una nueva gestación que la misma paciente solicitó tras un año aproximadamente de seguimiento.

A los 35 años, la mujer queda gestante nuevamente y su embarazo es seguido por un profesional diferente al de la gestación previa para evitar asociaciones. El curso del embarazo está dentro de la normalidad, solo destacan reiteradas visitas al Servicio de Urgencias por dolor hipogástrico, molestias abdominales y sensación de dinámica uterina. En semana 37,4, la paciente ingresa por parto en curso, se la traslada al área de dilatación, donde nace, 3 h y 30 min más tarde, una mujer de 3.470 g. El alta se produjo al segundo día. Posteriormente la paciente abandona el seguimiento por parte del Servicio de Psicología Clínica.

Discusión

Nuestro caso clínico centra su interés en el apoyo psicológico que todos los profesionales sanitarios (enfermeras, matronas, ginecólogos, neonatólogos, personal auxiliar...) implicados en

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3968497>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3968497>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)