



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE PARTERAS**

**Revisión Bibliográfica de la conducta obstétrica a seguir ante muerte fetal
intrauterina desde un abordaje integral: biológico, psicológico y social.**

Trabajo Final de Grado presentado para obtener el título de **Obstetra Partera/o**

AUTORA: Br. María Eugenia Nievas

TUTORA: Prof. Adj. Lic. Mercedes Viera

Montevideo, Octubre 2020

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar quiero agradecer a Mercedes y Fernanda (tutora y co tutora), quienes aceptaron guiarme en este proceso, sin ellas no hubiera sido posible.

A todos los docentes y Obstetras Parteras que formaron parte de este camino del cual estoy feliz de haber elegido.

A mi madre Leticia, a mi padre Leonardo y a mi hermana Victoria, que fueron pilares fundamentales para que esto fuera posible, sin su apoyo no hubiera podido lograrlo.

A mi novio que me apoyó incondicionalmente desde el principio.

A mi abuelo que ya no está físicamente pero sé que me guía desde donde está, también a mi abuela Belkis y mis abuelos del corazón Hebert y Carmen, así como el resto de mi familia.

También quiero agradecer a mis compañeros de la carrera que hicieron las guardias y tardes de estudio más llevaderas. Principalmente a Gimena y Valentina, que además de ser compañeras en la carrera también son amigas en la vida.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	2
ÍNDICE	3
RESUMEN	5
ABSTRACT	7
INTRODUCCIÓN	9
OBJETIVOS	11
METODOLOGÍA.....	12
CAPÍTULO 1	13
INTRODUCCIÓN CAPÍTULO 1.....	14
DEFINICIÓN.....	15
CLASIFICACIÓN.....	16
EPIDEMIOLOGÍA.....	19
ETIOLOGÍA.....	23
ETIOPATOGENIA.....	27
FACTORES DE RIESGO Y CONTROL PRENATAL	29
DIAGNÓSTICO	38
DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO	42
PROTOCOLO PARA EL EXAMEN DE MORTINATOS	45
EVOLUCIÓN ANATÓMICA DEL FETO MUERTO	47
MALA NOTICIA	49
CAPÍTULO 2	56

DIVERSOS ASPECTOS SOBRE LA CONDUCTA A SEGUIR TRAS EL DIAGNÓSTICO DE MUERTE FETAL.....	56
VÍA DE FINALIZACIÓN DE LA GESTACIÓN.....	57
CESÁREA	59
PARTO VAGINAL	61
CONDUCTA EXPECTANTE	62
COMPLICACIONES DEL FETO MUERTO Y RETENIDO	65
CONDUCTA ACTIVA MEDIANTE INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO..	67
MÉTODOS DE INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO	68
PERÍODO EXPULSIVO	73
ALUMBRAMIENTO	76
¿VER AL HIJO O NO VERLO?	77
PUERPERIO	80
ALTA HOSPITALARIA	85
RECOMENDACIONES PARA UNA FUTURA GESTACIÓN.....	87
CAPÍTULO 3	89
-ASPECTOS SOBRE EL DUELO	89
-¿QUÉ SE HA PUBLICADO SOBRE LAS FAMILIAS Y EL EQUIPO DE SALUD?	89
DUELO	90
PROFESIONALES DE LA SALUD.....	96
LAS FAMILIAS Y LA MUERTE FETAL INTRAUTERINA.....	102
CONCLUSIONES.....	106
BIBLIOGRAFÍA	110

RESUMEN

Durante las últimas décadas la región de las Américas ha evidenciado importantes avances en términos de salud, pero esos logros son insuficientes y en todos los países aún persisten desafíos y desigualdades por resolver. Tal es el caso de la muerte fetal intrauterina (MFIU) también conocida actualmente como óbito fetal.

El objetivo general de este trabajo es conocer las recomendaciones y pautas generales sobre la conducta a seguir cuando hay muerte fetal intrauterina desde un abordaje integral biológico, psicológico y social.

En la bibliografía consultada se encontró varios protocolos e informes sobre la conducta que debe seguir el profesional de la salud al enfrentarse a una muerte fetal.

Una vez que la madre llega al centro asistencial hay una serie de “pasos” a seguir para el abordaje de estas situaciones desde una mirada integral. Abarcando no solo aspectos biológicos sino también psicosociales. Cabe destacar que hace varios años no se abordaba los aspectos psicosociales como se aborda en la actualidad.

A modo general se debe contener a la mujer y su familia, que sufren el impacto de este acontecimiento de forma tan negativa, evacuar la cavidad uterina, prevenir las complicaciones maternas y de existir patología, tratar la misma.

La literatura concuerda en que lo primero que se debe hacer es confirmar el diagnóstico por ecografía. Dado que métodos clínicos no son los más fiables, y se han encontrado errores a lo largo del tiempo.

Una vez realizado el diagnóstico se debe informar a la familia, para esto es importante tener en cuenta ciertos aspectos. La mirada, el lugar, la persona que comunique, sus expresiones o frases de “consuelo” juegan un rol muy

importante en la comunicación del diagnóstico a la familia, los mismos pueden afectar de manera negativa el comienzo del proceso de duelo. La empatía debe cobrar protagonismo al tratar con una madre y un padre que están atravesando una muerte fetal.

Se cuenta con varias opciones para la vía de finalización del parto. Las que dependerán de la historia clínica de la paciente, sus preferencias y la práctica clínica más habitual de cada centro. El parto vaginal será de elección en todos los casos exceptuando aquellos que por alguna razón amerite cesárea, la misma se realizará únicamente en los casos justificados.

Todas las acciones que realice el personal de salud van a contribuir al proceso de elaboración del duelo. El caso es que pueden contribuir de manera tanto negativa como positiva. Por tanto el saber cómo manejarlas es primordial para ayudar a las familias y también al personal de salud.

Al momento del parto se recomienda que los padres vean al recién nacido ya que está comprobado que contribuye a lo anteriormente mencionado.

Luego de haber transitado una muerte fetal se recomienda esperar por lo menos un año para buscar una nueva gestación a fin de que el propósito de la misma no sea reemplazar al hijo muerto.

La familia debe tener un seguimiento, ya que el duelo no elaborado correctamente puede volverse patológico.

Palabras clave:

Muerte fetal intrauterina, vía de finalización, conducta, aspectos psicosociales, abordar.

ABSTRACT

During the last decades, the region of the Americas has made significant progress in terms of health, but these achievements are insufficient and in all countries there are still challenges and inequalities to be resolved. Such is the case of intrauterine stillbirth, also known today as stillbirth.

The general objective of this work is to know the general recommendations and guidelines on the behavior to follow when there is intrauterine fetal death from a comprehensive biological, psychological and social approach.

In the consulted bibliography, several protocols and reports were found on the behavior that the health professional must follow when facing a fetal death.

Once the mother arrives at the health center there are a series of "steps" to follow to address these situations from a comprehensive perspective. Covering not only biological but also psychosocial aspects. It should be noted that several years ago psychosocial aspects were not addressed as they are today.

In general, the woman and her family, who suffer the impact of this event in such a negative way, should be contained, evacuate the uterine cavity, prevent maternal complications and, if there is a pathology, treat it.

The literature agrees that the first thing to do is confirm the diagnosis by ultrasound. Since clinical methods are not the most reliable, and errors have been found over time.

Once the diagnosis is made, the family must be informed, for this it is important to take into account certain aspects. The look, the place, the person.

that communicates, their expressions or phrases of "comfort" play a very important role in communicating the diagnosis to the family, they can negatively affect the beginning of the grieving process. Empathy must take center stage

when dealing with a mother and father who are experiencing stillbirth.

There are several options for the route of completion of labor. Those that will depend on the clinical history of the patient, their preferences and the most common clinical practice of each center. Vaginal delivery will be of choice in all cases except those that for some reason warrant cesarean section, it will be performed only in justified cases.

All the actions carried out by the health personnel will contribute to the process of preparing the grief. The point is, they can contribute both negatively and positively. Therefore, knowing how to handle them is essential to help families and also health personnel. At the time of delivery it is recommended that parents see the newborn as it has been proven that it contributes to the aforementioned.

After having undergone a stillbirth, it is recommended to wait at least one year to search for a new pregnancy so that its purpose is not to replace the dead child.

The family must have a follow-up, since the grief not elaborated correctly can become pathological.

Keywords:

Intrauterine fetal death, route of completion, behavior, psychosocial aspects, address.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo final de grado se propone conocer el abordaje obstétrico en situaciones donde ocurre la muerte fetal intrauterina, también denominada óbito fetal que refiere a la muerte del feto antes de su nacimiento.

Mi inquietud en estudiar esta temática surge a partir de mi experiencia a lo largo de la práctica clínica, donde pude observar a diferentes profesionales de la salud actuando de diversas maneras ante el diagnóstico de óbito fetal.

En mi experiencia clínica de estudio muy pocas veces se abordó el tema planteado, a pesar de que este tipo de situaciones implican un desempeño profesional en varias áreas. Muchas veces en el ámbito laboral cotidiano el saber no ocupa lugar, por lo cual considero importante procurar abarcar aquello que nos genera duda con el fin de enriquecer nuestra formación académica.

Por esta razón, me propongo revisar las publicaciones sobre esta temática en la etapa de formación que me encuentro, con la finalidad de incorporar conocimientos teóricos que me habiliten evaluar la conducta obstétrica a tomar, buscando acercarme al resultado más adecuado posible, mejorando las prácticas clínicas ante muerte fetal intrauterina desde un abordaje integral.

Es importante destacar que como Obstetras Parteras, nuestro rol es competente para abordar diferentes situaciones, en que además de tener formación científica, es crucial la motivación, aptitud y actitud para poder lograr prácticas seguras en base a la evidencia disponible y sobre todo, en beneficio de la mujer y su familia, acudiendo a sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales.

En este sentido, ha significado un gran avance en el acceso universal a la atención en salud, la creación del Sistema Nacional de Cuidados, cuya aprobación se realiza en diciembre de 2007 bajo la Ley 18.211 que “(...)

reglamenta el derecho a la protección de la salud que tienen todos los habitantes residentes en el país y establece las modalidades para su acceso a servicios integrales de salud. (...)”¹, lo que a mi consideración promueve la atención equitativa para todos/as, independientemente de las condiciones socioeconómicas, implementando la articulación de políticas, programas integrales y otras acciones.

¹ <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp6595675.htm>

OBJETIVOS

General:

Conocer recomendaciones/pautas generales a seguir por parte de los profesionales de la salud, ante una muerte fetal intrauterina desde un abordaje integral: biológico, psicológico y social.

Específicos:

- Realizar búsqueda y análisis bibliográfico de pautas o protocolos disponibles para el abordaje de la muerte fetal intrauterina.
- Identificar el conjunto de consideraciones y acciones pertinentes al momento de comunicar el diagnóstico a la usuaria, su pareja y familia.
- Según la evidencia científica y su fundamento determinar las recomendaciones para la vía de finalización del parto.

METODOLOGÍA

El presente trabajo es de tipo monografía.

Se realizó una revisión bibliográfica en base a diversos autores entre el año 2000 y la actualidad, con el fin de analizar el tema propuesto a partir de diversos estudios y perspectivas, buscando una mirada crítica que promueva el desarrollo de mis propias conceptualizaciones.

Una vez expuestas las pautas generales sobre este trabajo, a continuación se expone el contenido del mismo.

CAPÍTULO 1

CONCEPTOS BÁSICOS EN RELACIÓN A LA MUERTE FETAL INTRAUTERINA.

INTRODUCCIÓN CAPÍTULO 1

Durante las últimas décadas la región de las Américas ha evidenciado importantes avances en términos de salud, pero esos logros son insuficientes y en todos los países aun persisten desafíos y desigualdades por resolver. Tal es el caso de la muerte fetal intrauterina (MFIU) también conocida actualmente como óbito fetal (Fescina et al, 2010).

El embarazo y la llegada de un hijo se consideran uno de los momentos más importantes en la vida de las mujeres y sus familias, en el cual se generan expectativas, deseos, ilusiones y esperanzas en torno al nacimiento del hijo, que van llenando de significado este nuevo rol que la mujer va a comenzar a desempeñar, en donde se prepara para vivenciar su maternidad (Defey et al, 1992).

La mujer embarazada y el feto, aunque evolucionen fisiológicamente están expuestos a una serie de riesgos, los cuales pueden ser una amenaza para su salud y sus vidas. Entre las probables complicaciones se encuentra la muerte fetal intrauterina, uno de los acontecimientos obstétricos más difíciles de enfrentar, tanto para la mujer y su familia como para el equipo de salud (Vogelmann et al, 2008).

Este primer capítulo trata sobre la muerte fetal intrauterina y conceptos básicos que a ello refieren, como son definición, clasificación, etiología, etiopatogenia y epidemiología. Se abordarán todos los aspectos mencionados anteriormente con el fin de generar conocimiento, procurando abarcar conceptos básicos y generales que faciliten comprender el desarrollo del trabajo.

DEFINICIÓN

Para la Organización mundial de la salud (OMS), la muerte fetal intrauterina se define como (Tapia y Lozano, 2005):

“la muerte de un producto de la concepción hasta antes de la expulsión o extracción completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo.”

Esto quiere decir que:

“La muerte está definida por el hecho de que después de la separación de la madre, el feto no respira ni da ninguna otra señal de vida, como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria”.

Según la guía de manejo de óbito fetal² para MONTEVIDEO, (Lozano y Rodríguez, 2007) se define a la muerte fetal como:

“Cese de la vida fetal durante la gestación, quedando luego retenido un tiempo más o menos variable, en la cavidad uterina.” Incluye muertes antes de comenzar el trabajo de parto y durante el mismo; y el que afecta a fetos con un peso de 500 grs o más cuando se desconoce la edad gestacional.”

Para otros autores, muerte fetal intrauterina se define como, la muerte del feto que se presenta después de la semana 20 de gestación, o en fetos mayores de 500 grs, en ausencia de trabajo de parto instaurado, lo que corresponde a un feto de 22 semanas de gestación en caso de no conocerse la edad gestacional por otro método.

² Óbito fetal refiere a la muerte del feto antes de su nacimiento, por lo tanto la palabra óbito se utilizará a lo largo del trabajo, como sinónimo de muerte fetal intrauterina.

CLASIFICACIÓN

Según la literatura existente se puede clasificar la muerte fetal intrauterina desde dos puntos de vista, según la edad gestacional y el momento en el que ocurre.

La Organización Mundial de la Salud, en la 10ª revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10), considera en la cronología de la gestación, citado por Contreras et al (2016):

-Muerte fetal temprana: hace referencia a fetos de menos de 22 semanas de gestación y/o < 500 gramos de peso. Se hace así referencia a los “ABORTOS”.

-Muerte fetal intermedia: comprende los fetos de entre 22-28 semanas de gestación y/o peso entre 500-999 gramos.

-Muerte fetal tardía: incluye muertes fetales a partir de los 1000 gramos de peso y/o mayores de 28 semanas completas de gestación.

Según Lozano y Rodríguez (2007) aquellas muertes que ocurren durante la primera mitad, antes de las 20 semanas, suelen encasillarse en la entidad clínica aborto (muerte fetal temprana), no obstante las muertes fetales ocurridas luego de la segunda mitad de la gestación se catalogan de la siguiente manera:

-Intermedia (entre las semanas 20 y 28).

-Tardía (después de las 28 semanas).

Teniendo en cuenta el momento en el que se produce la muerte fetal se puede clasificar en ante parto, aquella que se produce en la ausencia de trabajo de parto instaurado o de lo contrario intra parto la que se produce en presencia de trabajo de parto instaurado.

Este trabajo se centra en la muerte fetal intrauterina intermedia para la CIE-10, es decir se aborda aquella bibliografía que trata los casos en que ocurre la muerte fetal intrauterina desde las 22 semanas de gestación hasta el término, o de lo contrario cuando el producto de la concepción tiene un peso mayor o igual a 500 grs.

Es importante saber que cuando se trata de un aborto, es decir cuando el feto pesa menos de 500 grs, el mismo es considerado pieza anatómica por tanto no necesita la realización de certificado de defunción obligatoriamente, por el contrario de cuando es una muerte fetal intermedia a tardía.

Como se mencionó anteriormente no será obligatorio realizarlo pero si la familia resuelve realizar la inhumación convencional (entierro/sepelio), está permitido realizar el documento cuando ella lo requiera.

Es una buena oportunidad para los padres poder realizar inhumación convencional, aunque el resultado haya sido un aborto, ya que muchas veces significa una gran pérdida. No quiero detenerme en este aspecto dado que el aborto no está dentro de la clasificación que se utilizará en este trabajo pero si es importante destacar lo anterior.

Por otra parte, en la revisión de la bibliografía no se encontró ningún documento que refiera que la Obstetra Partera no puede asistir el parto de un óbito fetal, en la guía para manejo de óbito nombrada anteriormente hace referencia a un parto de óbito asistido por una obstetra Partera pero aclara que la partera no puede firmar el certificado de defunción.

“El médico que asiste el parto y/o el alumbramiento está obligado a firmar el certificado de defunción perinatal (al dorso del certificado de defunción del adulto). Si el parto es asistido por Obstetra-Partera, ella no puede firmar dicho documento” (Lozano y Rodríguez, 2007).

De todas formas cabe destacar que:

“Desde el punto de vista profesional, la Obstetra Partera es la persona que con formación científica, motivación, aptitud y actitud responsable proporciona una atención integral a la mujer a lo largo de su ciclo vital, entre otras en:

“Atención dirigida hacia la mujer y al hijo/a, en el diagnóstico, control de embarazo, asistencia durante el embarazo, parto y puerperio normal, asistencia al recién nacido sano y al lactante” (Escuela de Parteras).

Genera controversia desde mi punto de vista dado que una situación donde hay una muerte fetal intrauterina es una situación patológica, no es un embarazo normal, aunque evolucione favorablemente antes del deceso fetal.

EPIDEMIOLOGÍA

Podría afirmarse que en el mundo la ocurrencia de la muerte fetal intrauterina varía considerablemente dependiendo de diversos factores, entre los que pueden considerarse, la calidad de la atención médica disponible de cada país, la calidad y la cantidad de controles prenatales y características socioculturales de la población (Vogelmann et al, 2008).

La ocurrencia de este acontecimiento afecta a 2,6 millones de familias por año aproximadamente, con niveles de 3 a 5 por 1000 nacidos vivos en los países desarrollados y hasta 45 por 1000 nacidos vivos en países en desarrollo (Beltramo et al, 2018).

El 98% de los casos ocurren en países de bajo y mediano nivel socioeconómico, son las madres de niveles socioeconómicos más bajos, las que se ven más afectadas por la muerte fetal intrauterina, además más de dos tercios de los casos se dan en familias habitantes de las zonas rurales. En países de elevado nivel socioeconómico, determinados grupos étnicos de bajo nivel socioeconómico poseen mayor incidencia de Muerte Fetal Intrauterina comparada con la incidencia promedio a nivel nacional (Bajo Arenas et al, 2007).

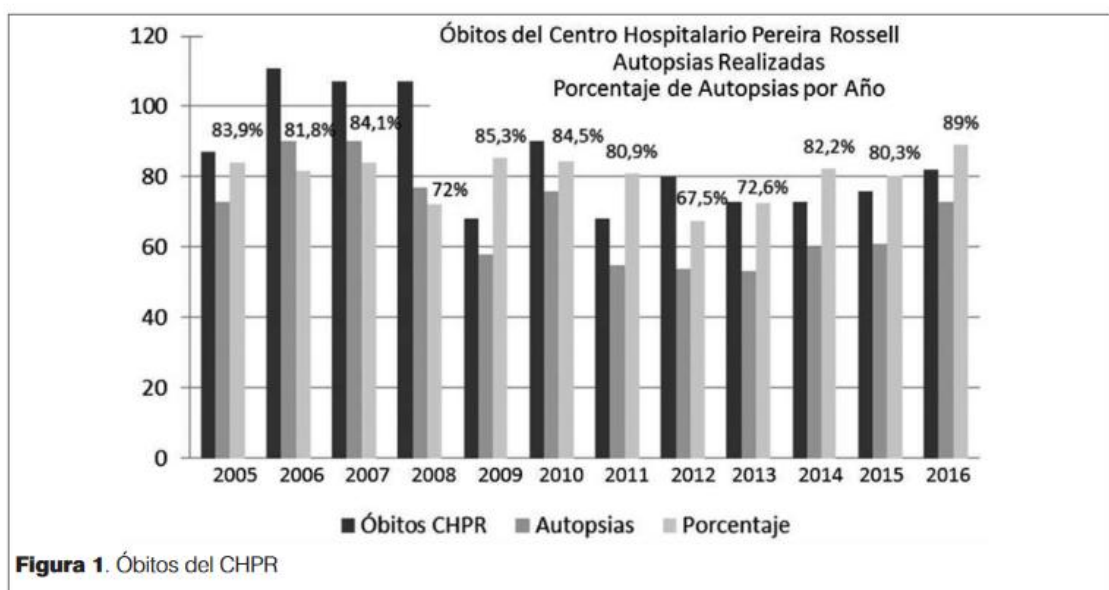
Podemos apreciar que incluso en un país de elevado nivel socioeconómico se sigue manteniendo la población que se ve más afectada por tal acontecimiento, la población más vulnerable, es decir las personas de bajos recursos.

La prevalencia de óbito fetal en los países desarrollados, es menor del 1%, mientras que en los países subdesarrollados, como lo es Uruguay, supera el 3%, pero incluso en las regiones con los mejores cuidados maternos y perinatales de cada 1000 recién nacidos 5 mueren antes del parto (Bajo Arenas et al, 2007).

En cuanto al momento en el que ocurren, aproximadamente 1,2 millones de casos de Muerte Fetal Intrauterina suceden durante el trabajo de parto y el parto, y en la mayoría de los casos se trata de bebés de término que podrían haber sobrevivido si hubiesen tenido acceso a una atención sanitaria profesional. La atención médica al momento del parto es una prioridad y constituye un triple retorno de la inversión, salvando la vida de mujeres embarazadas, neonatos y previniendo la Muerte Fetal Intrauterina (Lancet, 2011).

Beltramo et al (2018) realizaron un estudio titulado “ Mortalidad prenatal en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, Montevideo”. Fueron analizados 845 casos de autopsia entre 2005 y 2016. Refieren que en dicho centro, (único hospital materno-infantil público del país) hubo 1.025 casos de óbitos fetales viables entre los años 2005 y 2016. Con la palabra viables hacen referencia a las muertes fetales desde la semana 22 y/o con un peso mayor a 500 grs. Lo que de acuerdo a la bibliografía consultada se cataloga como muerte fetal intermedia en adelante.

Se adjunta una gráfica donde se pueden apreciar los óbitos fetales ocurridos en Uruguay, específicamente en el Centro Hospitalario Pereira Rosell, entre el año 2005 y 2016 (Beltramo et al, 2018).



En esta gráfica se puede apreciar que no existe constante en cuanto a los óbitos fetales ocurridos entre los años 2005 y 2016, sino que la ocurrencia de este acontecimiento fue variable de un año a otro.

La incidencia del óbito fetal se ha reducido en los países desarrollados por implementación de políticas de salud adecuadas, así como también por el desarrollo de normas específicas de manejo de las embarazadas de alto riesgo. Sin embargo, desde hace varios años su frecuencia ha permanecido estable. La principal razón que explica este estacionamiento de las tasas, es el desconocimiento de las etiologías, favoreciendo la repetición de óbito en las gestaciones siguientes (Ovalle et al, 2005).

Dentro de los objetivos del desarrollo del milenio (ODM) propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se planteó reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de niños menores de cinco años. A partir de esta iniciativa se han observado resultados alentadores, ya que se ha reportado que a nivel mundial, el número de muertes de niños menores de cinco años bajó de 12.7 millones en 1990 a 6.3 millones en 2013 (Villasis, 2016).

Como se dijo en la introducción en el año 2007, se creó el sistema Nacional Integrado de Salud el cual ha significado un gran avance en el acceso universal a la atención en salud, ya que "(...) reglamenta el derecho a la protección de la salud que tienen todos los habitantes residentes en el país y establece las modalidades para su acceso a servicios integrales de salud. (...), lo que a mi consideración promueve la atención equitativa para todos/as, independientemente de las condiciones socioeconómicas, implementando la articulación de políticas, programas integrales y otras acciones (El senado, 2007).

Es importante destacar la creación de este sistema dada la importancia de que todas las mujeres embarazadas puedan acceder al sistema sanitario sin importar su nivel socioeconómico, aún más cuando están ante estas

situaciones de muerte fetal, considerando también que es un acontecimiento recurrente.

ETIOLOGÍA

Con frecuencia, la causa del óbito fetal es difícil de identificar y, aunque los porcentajes son variados según la serie en estudio, muchos quedan inexplicados, aunque se haga una investigación exhaustiva de las causas principales, ya sea por no encontrar una relación causal o porque más de un factor contribuye significativamente, sobreponiéndose para que ocurra una MFIU (Molina et al, 2010).

Hay más de 30 sistemas de clasificación reportados en la literatura, las más antiguas incluyen pocos subtipos, mientras que las más modernas buscan más información.

Para Diago et al (2013) probablemente, la clasificación más aceptada actualmente, es la ReCoDe (Relevant Condition at Death³), la misma agrupa según la causa:

- Grupo A, de causa fetal:
 - Anomalía congénita letal
 - Infección (crónica, Aguda)
 - Hidrops de causa no inmunológica
 - Isoinmunización
 - Hemorragia feto materna
 - Transfusión de feto a feto
 - Retraso de crecimiento intrauterino.
- Grupo B acontecimientos en el cordón umbilical
 - Prolapso
 - Nudo o constricción
 - Inserción velamentosa
 - Otras.

³ Condición relevante a la muerte.

- Grupo C referente a la placenta
 - Abruptio, placenta previa
 - Vasa previa
 - Insuficiencia placentaria
 - Otras.
- Grupo D en alusión al líquido amniótico
 - Corioamnionitis
 - Oligoamnios
 - Polihidramnios
 - Otros.
- Grupo E correspondiente al Útero
 - Ruptura
 - Anomalías uterinas
 - Otro.
- Grupo F de causa Materna
 - Diabetes
 - Enfermedad de la glándula tiroides
 - Hipertensión primaria
 - Lupus o síndrome antifosfolipídico
 - Colestasis gravídica
 - Uso indebido de drogas
 - Otros.
- Grupo G causas intra parto:
 - Asfixia
 - Traumatismo de parto.
- Grupo H referido a Trauma
 - Externo
 - Iatrogénico.
- Grupo I: No clasificable:
 - Ninguna condición relevante identificada.

Para otros autores se clasifican más simplemente en causas maternas, fetales y placentarias.

Las más comunes dentro de las causas maternas, fetales y placentarias son las siguientes (Vogelmann et al, 2008):

Maternas: Embarazo prolongado, diabetes mellitus, lupus eritematoso sistémico, infecciones, hipertensión arterial, preeclampsia, eclampsia, hemoglobinopatías, edad materna muy precoz o avanzada, incompatibilidad RH, ruptura uterina, síndrome antifosfolípido, trombofilias hereditarias, hipotensión severa materna y muerte materna.

Dentro de las causas fetales se encuentran: gestación múltiple, retardo de crecimiento intrauterino, anomalías congénitas, anomalías genéticas e infección.

Dentro de las causas placentarias están: accidente de cordón umbilical, abrupcio placentae⁴, rotura prematura de membranas, vasa previa.

El desprendimiento prematuro de placenta normoinserta es la causa individual identificable con más frecuencia de óbito fetal (Cunnigham et al, 2011).

Los estados hipertensivos del embarazo y la diabetes son las dos patologías referidas con más frecuencia causantes de óbito fetal (Cunnigham et al, 2011).

Tener en consideración que más de la mitad de los casos de óbitos fetales son inexplicados, sin importar el sistema de clasificación que se utilice y a pesar de que se realice un análisis anatomopatológico post mórtem.

Hay determinadas enfermedades o condiciones que quizá pueden originar muertes ante parto con mayor frecuencia. Esta clasificación etiológica divide a las causas en maternas, responsables de aproximadamente el 5-10% de las muertes fetales, que son las más frecuentes detectándose en un 25-40%; y placentarias en un 25-35% aproximadamente. El mecanismo último por el que

⁴ Abruptio placentae y DPPNI tienen el mismo significado, es la separación prematura de una placenta normalmente implantada en el útero, en general después de las 20 semanas de gestación.

se produce la muerte fetal variará en función de su etiología (Bajo Arenas et al, 2007).

Los óbitos de prematuros tienen más posibilidades de relacionarse con infecciones placentaria y de las membranas (especies bacterianas aerobias y anaerobias) (Cunnigham et al, 2011).

En el estudio mencionado anteriormente, Beltramo et al (2018), al realizar la autopsia de los mortinatos⁵ constataron lo siguiente.

El 17,7 % de los mortinatos, tenían malformaciones congénitas y el 20,4% infección congénita. En 383 casos (45,3%), se identificó la infección en conjunto (en autopsia y/o placenta). El 10,5 % se veía afectado por lúes. Había elementos fetales de asfixia en un 11,5% y una miscelánea de patologías en 3,5% de los casos.

En la autopsia, en la mitad de los casos estudiados, más específicamente en el 50,4% no tenían alteraciones en el feto, pero si, se identificaron lesiones placentarias en un 90 %, las cuales pudieron ser responsables de la muerte fetal. Se observó bajo flujo sanguíneo útero placentario en 14,2% de las placentas, además de corioamnionitis en un 30,5% de las placentas, y hematoma retroplacentario en 26,6%. La muerte no tuvo causa aparente en un 4,9% de los casos.

⁵ Mortinato es un feto nacido muerto después de las 20 semanas de gestación, lo que según la bibliografía consultada, refiere a aquel feto que tiene una muerte intermedia a tardía.

ETIOPATOGENIA

Para Schwarcz (2005) las causas de óbito fetal son múltiples, de origen ambiental, materno, ovular o fetal y en parte desconocidas.

Durante el embarazo el feto puede morir por:

- Reducción o supresión de la perfusión sanguínea uteroplacentaria. La misma como resultado de la hipertensión arterial inducida o existente antes de la gestación, cardiopatías maternas, taquicardias parosísticas graves o hipotensión arterial materna.

- Reducción o supresión del aporte de oxígeno al feto (en ausencia de contracciones uterinas con tono uterino normal y sin compromiso de la perfusión uteroplacentaria). La que puede ser causada por varios motivos entre los que se encuentran: Alteraciones de las membranas del sincitiotrofoblasto, infartos y clasificaciones de la placenta, hematomas retroplacentarios y placenta previa; circular de cordón apretada, nudo real de cordón, torsión exagerada y procidencias del cordón umbilical, eritoblastosis fetal por isoimmunización Rh, anemia materna crónica grave o inhalación materna de monóxido de carbono u otros factores.

- Aporte calórico insuficiente ya sea por desnutrición materna grave o por enfermedades caquectizantes.

- Desequilibrio del metabolismo de los glúcidos y acidosis por diabetes materna grave o descompensada.

- Hipertermia, toxinas bacterianas y parasitosis. Intervienen las virosis graves y las infecciones bacterianas y parasitarias de la madre, de las membranas ovulares, de la placenta y del feto.

-intoxicaciones maternas. Ingesta accidental de mercurio, plomo, etc.

-Traumatismos: Pueden ser directos al feto o indirectos, a través de la madre. El que cobra más importancia es el directo por abuso o mala técnica en la aplicación de los métodos invasivos para explorar la vitalidad y madurez fetal, en especial la cordocentesis.

-Malformaciones congénitas, sobre todo las incompatibles con el crecimiento y desarrollo fetal.

-Alteraciones de la hemodinamia fetal, por ejemplo el síndrome de feto transfundido transfusor.

-Causas desconocidas, en estas causas es común encontrar los antecedentes de la madre de otros óbitos fetales. Generalmente los acontecidos cercanos al término. Se ha denominado a este cuadro muerte habitual del feto.

Con gran frecuencia el mecanismo responsable de la muerte fetal es la hipoxia aguda o crónica que puede conducir a una acidosis y finalmente al fallo cardiaco y muerte fetal. En otros casos se puede producir la muerte anteparto por una alteración del metabolismo como hipo o hiperglucemias, por mecanismos inmunitarios o infecciosos.

FACTORES DE RIESGO Y CONTROL PRENATAL

Se denomina control prenatal a una serie de encuentros programados de la embarazada con integrantes del equipo de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el nacimiento y la crianza.

Fescina et al (2010) refiere que el mismo debe reunir las siguientes características:

- **Precoz:** La primera visita debe realizarse tempranamente, en lo posible antes de las 12-14 semanas (1er trimestre). Esto permite la ejecución oportuna de las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud que constituyen la razón fundamental del control. Además, facilita la identificación temprana de los embarazos de alto riesgo, aumentando la posibilidad de planificar eficazmente el manejo de cada caso en cuanto a las características de la atención obstétrica que debe recibir.
- **Periódico:** La frecuencia de los controles prenatales varía según el grado de riesgo que presenta la embarazada. Las mujeres con embarazos de bajo riesgo requerirán un número menor de controles (entre 4 y 6) que las de alto riesgo.
- **Completo:** Los contenidos mínimos del control deberán garantizar el cumplimiento efectivo de acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.
- **Amplia cobertura:** En la medida que el porcentaje de la población controlada es más alto (lo ideal es que abarque a todas las embarazadas) mayor será el impacto positivo sobre la morbilidad (muerte causada por enfermedades) materna y perinatal.

El control prenatal adecuado en cantidad, calidad, contenidos, oportunidad, diferenciado acorde al riesgo, tiene un enorme potencial de contribución a la salud familiar y es un claro ejemplo de medicina preventiva.

Dotado con estas características y orientaciones es un fenómeno de gran desarrollo en los últimos cuarenta años. Aplicado en forma rutinaria y extensiva, concomitante con otras medidas de salud pública como la atención institucional del nacimiento, el empleo de criterios de riesgo para determinar referencia y niveles de asistencia y la atención inmediata de los recién nacidos, contribuye a evitar muertes, así como repercusiones maternas y perinatales (Fescina et al, 2010).

En el control es sumamente importante alejar las dudas de las mujeres embarazadas, despejar los miedos y tabúes siempre respetando sus creencias culturales, lograr mayor acercamiento y confianza hacia el sistema sanitario.

Muchas veces la muerte fetal intrauterina no tiene causa aparente, lo que significa que, aún acatando las recomendaciones (es decir aunque detectemos factores de riesgo, que la gestante concurra al control prenatal, que tenga buena adherencia al sistema sanitario, entre otras acciones) cabe la posibilidad de que la gestación de como resultado óbito fetal.

A pesar de esto, identificar factores de riesgo contribuye a lograr un buen resultado obstétrico, aquí radica la importancia del control prenatal, puesto que contribuye a identificar los mismos. Provisto de todas las características mencionadas se logra reducir los daños, mejorando los resultados.

En lo que respecta a factores de riesgo, lo siguiente fue encontrado en la literatura existente. Para empezar expondré algunos conceptos básicos con el fin de comprender lo consiguiente.

En el ámbito de la salud se define riesgo como: “la probabilidad que tiene un individuo o grupos de individuos de sufrir en el futuro un daño en su salud”.

El denominado factor de riesgo es la característica o atributo, cuya presencia se asocia con un aumento de la probabilidad de padecer el daño. También

podemos decir que un factor de riesgo es “la característica que presenta una asociación significativa con un determinado daño”, estas relaciones pueden ser de tipo : causal o predictiva, las cuales se expondrán a continuación.

Relación de tipo causal: El factor desencadena el proceso, por ejemplo: placenta previa puede conllevar a muerte fetal por anoxia (falta o disminución de oxígeno en las células, los órganos o la sangre).

Relación de tipo predictiva: Las características que integran el factor de riesgo tienen una conexión con el daño pero están asociadas a causas subyacentes, no totalmente identificadas o mal comprendidas, por ejemplo: una mujer que ha perdido un feto o recién nacido corre mayor riesgo de perder a su siguiente hijo (Vogelmann et al, 2008).

Pensar en un factor de riesgo, es también pensar en qué podemos hacer desde nuestro lugar como Obstetras Parteras para prevenir un óbito fetal.

Vogelmann et al (2008) cita una clasificación de factores de riesgo propuesta por Ahued Ahued JR et al que se basa en tres grandes categorías, las cuales son, macroambiente, matroambiente, y microambiente. A continuación, lo que significa cada una y los factores de riesgos asociados.

- Macroambiente; Refiere a la situación económica y cultural de la mujer embarazada.
 - Estado civil soltera.
 - Nivel educativo menor de 10 años.
 - Nivel socioeconómico bajo.

- Matroambiente: Abarca todas las características de la madre, no incluidas en el macroambiente.
 - Edad > 35 años o adolescencia precoz.
 - Sobrepeso - BMI > 30 (incrementa riesgo de: diabetes gestacional e hipertensión).
 - Tabaquismo.

- Alteración de la función renal (hiperuricemia y proteinuria) en embarazadas con cifras tensionales elevadas.
 - Falta de controles prenatales.
 - Oligoamnios.
 - Malformaciones fetales.
 - Valores séricos bajos de cobre.
- Microambiente: Factores relacionados con el feto como lo son placenta, cordón y líquido amniótico.
 - No comunicadas.

Detectar a tiempo un factor de riesgo significa poder actuar concomitantemente con el mismo para reducir daños tanto en la madre como en el feto. Para poder realizar dicha acción debemos saber cuáles son los determinados factores de riesgo para tal patología o condición. En este caso cobra tanta importancia conocer los factores de riesgo, como también, conocer la historia clínica de la paciente.

Para (Bajo Arenas et al, 2007) se clasifican a modo general en un grupo, agrupa a los factores de riesgo específicos para aquellas muertes de causa desconocida a: la edad materna avanzada, el tabaquismo, el elevado índice de masa corporal y el bajo nivel cultural.

Cabe destacar que: con una evaluación específica de la evolución clínica, el examen meticuloso del mortinato (feto muerto) así como con las pruebas de laboratorio que incluya necropsia, solo un pequeño porcentaje, específicamente el 10 % de las muertes fetales quedarían sin explicación.

El desarrollo de lo que significan los siguientes factores de riesgo son una compilación de datos de diferente bibliografía.

Edad materna avanzada.

Es un factor de riesgo independiente para óbito fetal, más allá de que estas mujeres de edad avanzada tienden a padecer condiciones médicas asociadas, a su vez se cree que están relacionadas con una mayor tasa de efectos perinatales adversos.

Además esta condición se considera un factor de riesgo importante para las malformaciones congénitas, especialmente asociados a factores genéticos. También se sabe que ante el diagnóstico temprano de las malformaciones congénitas las muertes fetales han reducido.

Algunos autores describen el factor vascular e inmunológico en relación a la edad como un factor determinante en la génesis de las alteraciones placentarias que podrían llevar a la muerte fetal.

Nivel socioeconómico bajo

Se considera que, para una mujer, gestar en un país en desarrollo es un factor de riesgo para la muerte fetal. Además de esto la mayoría de las causas de óbito fetal son prevenibles, (como por ejemplo la prevención de la sífilis, siendo ésta una de las causas de óbito fetal) y se relacionan con obstáculos en la prevención, como son el acceso a los servicios y la atención mediada por factores sociales, geográficos, culturales, políticos.

Dejando de lado el desarrollo del país, la población de niveles socioeconómicos más bajos tienen menor acceso a la educación, a una adecuada alimentación con altos índices de desnutrición y de hecho no buscan ayuda, es decir atención temprana, lo cual aumenta las posibilidades de sufrir daños, como lo es la muerte fetal intrauterina (Molina et al, 2010).

Obesidad

Algunos autores hablan de índice de masa corporal elevado, y otros de obesidad. Para diferenciar:

Schwarcz (2005) Clasifica a las mujeres con un peso previo al embarazo de esta manera por lo que aconseja determinado aumento de peso durante la gestacion :

1- BAJO PESO, IMC menor a 19,8. En este caso se aconseja una ganancia de peso en el embarazo entre los percentiles 75 y 90 para cada edad gestacional, es decir entre 13 y 16 kg al termino.

2-NORMAL, IMC entre 19,8 Y 26. En este caso se aconseja una ganancia de peso entre los percentiles 50 y 75 para cada edad gestacional, esto significa entre 11 y 13 kg al termino.

3- SOBREPESO, IMC entre 26,1 Y 29. Se debe aconsejar una ganancia de peso entre los percentiles 25 y 50 para cada edad gestacional. Quiere decir entre 8 y 11kg al termino.

4-OBESIDAD, IMC mayor a 29: Aconsejar una ganancia de peso entre los percentiles 10 y 25 para cada edad gestacional, al termino entre 6 y 8 kg.

La prevalencia de la obesidad en la población está actualmente en aumento, compromete entre el 20 y 40% de las mujeres en edad fértil y se ha convertido en un serio problema de salud pública.

En las mujeres obesas, el riesgo de óbito fetal se ha relacionado con factores de comportamientos socioeconómicos y obstétricos, pero también, con el aumento del índice de masa corporal (IMC) de manera independiente.

Al parecer, la mujeres con alto IMC tienden a percibir menos los movimientos fetales y, por lo tanto, no mantienen un seguimiento constante de sus fetos; muchas son hiperlipidémicas, lo cual causa alteraciones endoteliales y, con ellas, agregación plaquetaria y aterosclerosis.

En otros estudios también se ha reportado que, durante el sueño, las mujeres gestantes obesas presentan más episodios de ronquidos, apnea del sueño y disminución de la saturación de oxígeno, lo cual se ha relacionado con mayor

hipertensión inducida por el embarazo y restricción del crecimiento intrauterino (Molina et al, 2010).

Tabaquismo

Entre los daños atribuidos al tabaco se encuentra la muerte fetal y perinatal, además de bajo peso al nacer, restricción del crecimiento fetal, riesgo de parto prematuro y desprendimiento prematuro de placenta normo inserta (Fescina et al, 2010).

En las embarazadas, fumar significa un evento negativo por las consecuencias nombradas anteriormente para el feto. El Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud dice: “Uno de cada cinco niños perdidos se hubiera salvado si sus madres no hubieran fumado” (Bajo Arenas et al, 2007).

Además de estos factores de riesgo destacados por dicho autor, para otro autor también son factores de riesgo los siguientes (Molina et al, 2010):

Trombofilias

Se relaciona a las trombofilias con las muertes tardías más que con las muertes tempranas, aunque la información con la que se cuenta no es demasiada, sino que es limitada. Se sabe que la genética predispone a la recurrencia del fenómeno, un ejemplo son las pacientes con enfermedades con mutaciones protrombóticas.

Aproximadamente el 75 u 80 % de los casos analizados post mortem se relacionan con anomalías placentarias.

En cuanto al lupus eritematoso sistémico, el cual afecta a menos del 1% de las mujeres en edad fértil, aumenta desproporcionadamente el riesgo de óbito, especialmente en las pacientes con una falla renal preexistente, hipertensión arterial así como también las pacientes con anticoagulante lúpico positivo.

“El paso transplacentario de anticuerpos (anti-Ro y anti-La) compromete el 5% de los fetos y se relaciona con un mal resultado obstétrico, por el riesgo de

bloqueo cardíaco fetal que puede resultar en hydrops no inmune, de origen cardíaco y muerte.”

Los riesgos se mantienen, aun cuando la concepción ocurra durante periodos de inactividad de la enfermedad.

Raza

En los Estados Unidos, las mujeres afroamericanas, mostraron tener dos veces más probabilidades de tener óbito fetal, sin tener en cuenta las diferencias obstétricas y socioeconómicas, las mujeres afroamericanas tienen mayor predisposición a presentar diabetes, hipertensión y obesidad. Además de lo antes mencionado, también, rotura prematura de membranas, desprendimiento de placenta normo inserta y como consecuencia muerte fetal.

Hipertensión arterial

Molina et al (2010) Refieren que, para bien, las muertes fetales relacionadas a la hipertensión arterial son cada vez más infrecuentes, esto gracias a la mejor atención médica en cuanto a lo obstétrico.

Por otra parte quiere decir que las muertes fetales se relacionan a los estados más graves de hipertensión y que tienen que ver con complicaciones como desprendimiento prematuro de placenta normoinsera, hemorragia materna, insuficiencia o infarto placentario.

Diabetes mellitus

Situación similar a la de la hipertensión arterial, en este caso han disminuído las muertes fetales pero con la introducción de la insulina a la práctica clínica, las muertes relacionadas a esta enfermedad han disminuído significativamente.

La muerte fetal relacionada con la diabetes mellitus, ocurre más frecuentemente en el tercer trimestre y en pacientes con mal control metabólico de la glicemia lo que lleva a complicaciones como, macrosomía fetal (fetos con peso mayor a 4000 gramos), polihidramnios (líquido amniótico aumentado), restricción del crecimiento intrauterino y preeclampsia.

Es mayor el riesgo de sufrir complicaciones cuando la diabetes es pregestacional que cuando la misma es inducida por el embarazo es decir diabetes gestacional. Una diabetes gestacional con un buen control prenatal, buen control glucémico y una interrupción del embarazo oportuna puede correr los mismos riesgos que una embarazada sana, es decir sin patologías (Molina et al, 2010).

Falla renal

En pacientes con falla renal el riesgo está dado por el grado de compromiso renal al momento de la concepción. También depende de si existe concomitancia o no. Por ejemplo si la falla renal es acompañada de anemia, hipertensión o el desarrollo de preeclampsia, las mismas favorecen el desarrollo de complicaciones, es decir resultados obstétricos desfavorables.

Infección

En este caso no se corre la misma suerte que con las mejoras para la diabetes y la hipertensión arterial. Aunque se han modificado las estrategias para la prevención de infecciones así como el diagnóstico temprano, los fetos de madres que cursan infecciones se afectan antes del término. Se ha demostrado que los procesos inflamatorios están relacionados con efectos adversos sobre todo en los fetos pretérminos (menor a 37 semanas de edad gestacional).

La respuesta inflamatoria fetal asociada a infección clínica o subclínica es capaz de alterar el intercambio gaseoso, causar hipoxia fetal y, así, disminuir la supervivencia.

Embarazos múltiples

Considerando que los embarazos múltiples son embarazos de alto riesgo, además de esto la tasa de óbitos se encuentra cuadruplicada en comparación a una gestación simple, de un embarazo único. Las complicaciones son específicas de este tipo de embarazos, y aumentan cuanto mayor es el número de fetos. Además aumentan a la mayor edad de las madres y a las técnicas de fertilización in vitro.

DIAGNÓSTICO

Ante la sospecha de óbito fetal se deberá hacer diagnóstico clínico así como también, diagnóstico etiológico.

Para sospechar de muerte fetal intrauterina hay varios aspectos clínicos a tener en cuenta, que nos habilitan a sospechar de tal diagnóstico, tomando en cuenta a los diferentes autores, podemos decir que los mismos son:

- Malestar general.
- Mal sabor de boca.
- Desaparición de síntomas neurovegetativos (si existían, se atenúan o desaparecen).
- Secreción calostrál, regresión del tamaño de los senos.
- Desaparición de la percepción de los movimientos fetales, (tanto de la mamá como del técnico). Auscultación fetal negativa.
- Sensación de peso en abdomen, a medida que transcurren los días el bebé se hace menos perceptible y se forma una masa blanda sin diferencias en la consistencia. La altura uterina se mantiene estacionaria e incluso si el líquido amniótico se reabsorbe puede disminuir.
- Secreción transvaginal sanguinolenta o acuosa. Como consecuencia de la caída hormonal (estrógenos) a medida que transcurren los días el cuello del útero aumenta su consistencia (Secretaría en Salud, 2010).

Cuando la muerte fetal ocurre ante parto (antes de un trabajo de parto instaurado) el motivo por el que la paciente puede acudir a una consulta es la disminución de la percepción de movimientos fetales.

Los datos clínicos relevantes son, ausencia de movimientos fetales, altura uterina estacionaria, y el parámetro más importante; ausencia de latidos cardíacos fetales (los latidos aórticos maternos se auscultan con acentuada

nitidez debido a la reabsorción de líquido amniótico, a lo que se atribuye el signo de Boero)

Si bien estos parámetros nos dan un alto indicio de una probable muerte fetal intrauterina, es de suma importancia la confirmación del diagnóstico por ecografía. Por tanto el diagnóstico clínico es de presunción y el diagnóstico ecográfico es de certeza.

Es muy importante que: Una vez que la madre ingresa al servicio de salud, donde supongamos se realiza el diagnóstico presuntivo de muerte fetal, hay que prepararla de cierta manera para lo que puede ser la confirmación del diagnóstico por ecografía, con el fin de disminuir el impacto emocional y su repercusión en la salud materna.

La auscultación intermitente o el monitoreo electrónico no deben ser usados como método diagnóstico ante la sospecha de una MF (Sepúlveda et al, 2014).

A tener en cuenta: Una serie de casos evaluó a 70 fetos con latidos ausentes con el uso de estetoscopio de Pinard o Doppler portátil, demostrando que 22 de ellos presentaban latidos normales a la ecografía (Sepúlveda et al, 2014).

Por tanto, en la ecografía se confirma el diagnóstico cuando hay ausencia de movimientos cardíacos en no menos de 2 minutos, además de ausencia de movimientos fetales (Diago et al, 2013). La muerte fetal se diagnostica mediante la visualización del corazón fetal, la demostración y la ausencia de actividad cardíaca (Molina et al, 2010).

Con el paso del tiempo, como consecuencia del deterioro fetal, a través de la ecografía se puede observar:

Colapso craneal, derrame pleural, peritoneal y anasarca (edema generalizado) y gas intra fetal.

En los casos donde hay muerte fetal se puede apreciar un líquido amniótico (de utilidad para el diagnóstico a partir de la segunda mitad del embarazo) teñido

de meconio, sanguinolento o de color marrón en la mayor parte de los casos, consecuencias del deceso fetal.

Otro método para la confirmación del diagnóstico es la radiología, aunque actualmente no se utiliza, a pesar de ser un buen método diagnóstico, se utiliza la ecografía por ser un método confiable y económico.

Se realizará ecografía para confirmar el diagnóstico y además evaluar presentación fetal, peso fetal estimado, líquido amniótico, placenta (valoración de imágenes patológicas y descartar placenta previa) y la presencia de anomalías fetales.

En caso de utilizar la radiología hay una serie de signos radiológicos para el diagnóstico de óbito fetal, que se describirán a continuación.

- Signo de Halo: Se ocasiona por la acumulación de líquido extravascular entre los huesos del cráneo y el cuero cabelludo. Como consecuencia 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 (Secretaría en Salud, 2010).
- Signo de Robert: Se observa presencia de gas intravascular. Este signo es el único que puede darnos un diagnóstico de certeza radiológico, pero que a pesar de ello puede llevarnos a error por superposición de gas de las asas intestinales de la madre.
- Acabalgamiento de los parietales.
- Aplastamiento de la bóveda craneal y asimetría del cráneo.
- Hiperextensión de la columna vertebral (Bajo Arenas, 2007).

La ocurrencia de una muerte fetal intrauterina genera un acontecimiento negativo para la mamá, su familia, el equipo obstétrico y la institución que debe atender el proceso. Aunque resulte un proceso difícil de llevar, donde muchas veces, podría afirmar que para la familia lo primordial es culminar con la gestación en el menor tiempo posible, es muy importante revelar la/las causas desencadenantes de la muerte del feto in útero y los factores que contribuyeron a que esto sucediera (si los hubiera).

A pesar de haber tenido este desenlace se debe pensar en el futuro reproductivo de la mujer, ya que dependiendo la etiología del caso será el riesgo de recurrencia.

DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO

Una vez que la madre ingresa al servicio de salud hay una serie de “pasos” a seguir, para realizar el diagnóstico etiológico.

Como primer paso, se debe realizar una revisión muy meticulosa de la historia clínica de la paciente, una anamnesis exhaustiva, indagando acerca de los antecedentes personales, familiares, obstétricos (a destacar abortos previos, malformaciones fetales en embarazos anteriores, así como patologías en gestaciones anteriores y en la actual), que nos orienten hacia una posible causa (Bajo Arenas, 2007).

Interrogar a la madre para saber hace cuánto no siente mover a su bebé, si en los días anteriores a la consulta estuvo con contracciones uterinas dolorosas, si tuvo pérdida de sangre por los genitales, cuanta cantidad y el color de la misma, y si percibió pérdida de líquido por los genitales, además indagar de qué color era el mismo y cuánta cantidad.

Luego de interrogada la madre, se valorará la frecuencia cardíaca materna, la presión arterial y la temperatura. Se realizará un examen genital, para evaluar una posible rotura de membranas, y como consecuencia, una posible patología funicular como lo es el prolapso de cordón umbilical, y también valorar la presencia de genitorragia (sangrado) (Bajo Arenas, 2007).

Aquí es donde debemos separar el relato de la mamá de lo que se puede constatar al examen, por esta razón es esencial no obviar ningún paso.

Es necesario solicitar exámenes de laboratorio, los mismos son: Hemograma, grupo sanguíneo y factor RH (si no fue buscado anteriormente), coombs indirecto (ante presencia de hidrops fetal o post mortem), además de debe solicitar:

- Estudio de coagulación incluyendo productos de degradación de la fibrina. Se debe solicitar dado que el paso de tromboplastina tisular del feto hacia la circulación materna puede activar la vía extrínseca de la coagulación, provocando una coagulopatía. La probabilidad de que se produzca está en relación con la duración de la retención del feto muerto intraútero. Es infrecuente antes de las cuatro semanas, pero ello no exime de la necesidad de realizar un estudio de la coagulación en cuanto se diagnostique la muerte fetal.

- Serologías para: Toxoplasma, rubéola, VIH, virus de hepatitis B y C, sífilis y citomegalovirus.

- Serología parvovirus B19 (ante presencia de hidrops).

Algunos autores recomiendan que en caso de que el examen de feto, placenta y cordón no ofrezcan un diagnóstico etiológico, con el fin de encontrar una causa aparente debemos solicitar:

- Anticuerpos antifosfolípidos.

- Prueba de tolerancia oral a glucosa (PTOG).

-Test de Kleinhauer-Betke, se realiza a todos los fetos muertos in útero (no sólo pacientes Rh (-), idealmente anteparto) El mismo detecta hematíes fetales en sangre materna y se utiliza para el diagnóstico de la hemorragia feto-materna que es responsable aproximadamente del 1% de todos los casos de muerte fetal.

Dos criterios son necesarios para afirmar que una transfusión feto-materna es la causa de la muerte fetal: uno de los criterios es la tasa de hematíes fetales en sangre materna superior al 0,2%, dentro de las primeras 24-48 horas y el segundo criterio son signos clínicos o placentarios de anemia severa.

Algunos estudios se realizan si amerita, es decir que sirven en casos específicos:

-Estudio de trombofilias: en los casos en que los datos de la anamnesis o necropsia hagan sospechar la presencia de un trastorno de estas

características. Generalmente se investigarán las mutaciones del factor V de Leiden, del gen G20210A de la protrombina, de la metilen tetrahidrofolato reductasa, antitrombina III y proteínas C y S.

- Serología para Lupus eritematoso sistémico, (ANA, Anti-Ro, Anti-La). Indicada en casos especiales, es decir ante la presencia de: Hidrops fetal, calcificación nodo AV post mortem o fibroelastosis endomiocárdica (Bajo Arenas, 2007).

- Sustancias tóxicas en orina (Sepúlveda et al, 2014).

Para la guía Manejo de feto muerto in útero, Sepúlveda et al (2014) algunos exámenes son de utilidad limitada, como:

- TSH (Si está alterada solicitar T4I).

- HbA1c (En pacientes con diabetes mellitus ó gestacional).

- Glicemia aislada (Con el fin de buscar una diabetes oculta).

- Estudio TORCH (rutinario).

Además de estudiar a la mamá para encontrar la etiología de la muerte fetal, luego del parto ya sea por vía vaginal o cesárea se debe estudiar tanto al feto como la placenta.

- Se deben tomar muestras de tejido fetal y placentario para cultivos.

En el feto se debe realizar la autopsia, que será descrita más adelante.

PROTOCOLO PARA EL EXAMEN DE MORTINATOS

Según diferente bibliografía se describe el siguiente protocolo para el examen del mortinato (necropsia) (Bajo Arenas et al., 2007 ;Cunnigham et al., 2011):

En el feto se debe evaluar la existencia de malformaciones, manchas de la piel, el grado de maceración, y el color, que puede ser pálido, o pletórico (normal, piel suave, rosada)

En el cordón umbilical se debe evaluar si posee o no jalea de Wharton, la procedencia del mismo, si existen circulares en el feto (en pierna, cuello o brazo), la presencia de hematomas o constricciones, la cantidad de vasos que presenta (hay que recordar que el cordón umbilical normal posee 2 arterias y 1 vena), y además la longitud.

En las membranas ovulares (corion y amnios) se debe evaluar si están engrosadas o coloreadas.

Otro componente a evaluar en el examen es el líquido amniótico, se debe valorar su color, que como ya se mencionó anteriormente puede que esté con presencia de meconio o sangre (sanguinolento). Así como también el volumen del mismo.

Es fundamental el estudio de la placenta, en la misma se debe poner atención al peso (peso normal alrededor de 500 gramos), la presencia de coágulos adheridos, anormalidades en su estructura (lóbulos circunvalados o accesorios, inserción velamentosa) así como la presencia de edema por alteración hidrópica.

“ La autopsia tanto del óbito como de la placenta ha demostrado ser el gold standard en diversas series de casos tanto prospectivas como retrospectivas, logrando un diagnóstico seguro de la causa de muerte en el 59% a 100% de

los casos, incluso detectando un 20% más de alteraciones menores no diagnosticadas antenatalmente en la ecografía.” . (Sepúlveda et al, 2014)

EVOLUCIÓN ANATÓMICA DEL FETO MUERTO

Entre que se produce la defunción fetal y la expulsión del feto, anatómicamente se produce una evolución en el mismo, que está dada por el tiempo transcurrido hasta que se expulsa.

Las edades gestacionales que se manejan para aproximarse al momento de la muerte son antes de las 8 semanas, entre las semanas 9 y 22, y de la semana 23 en adelante.

Como el trabajo se centra a partir de la muerte fetal intermedia se abordará la evolución del feto muerto desde la semana 23 en adelante, lo que corresponde a la etapa de maceración que se describirá a continuación.

Como ya se dijo anteriormente a partir de la semana 23 el feto sufre una maceración, de acuerdo al tiempo en que permanece en el útero una vez fallecido, se describen tres etapas, las cuales por las lesiones existentes en el feto nos permiten saber aproximadamente cuantos días pasaron desde la defunción fetal.

El primer grado de maceración es entre el segundo y el octavo día de muerto y retenido. En esta etapa los tejidos se embeben y ablandan y aparecen en la epidermis flictenas que contienen un líquido serosanguinolento (rosado). (Schwarcz, 2005)

El segundo grado ocurre entre el noveno y doceavo día, en esta ocasión el líquido amniótico se torna sanguinolento por la ruptura de las flictenas y grandes ampollas de la epidermis. Se observa por amnioscopia o por examen directo del líquido obtenido por amniocentesis. La epidermis se descama en grandes colgajos y la dermis adquiere un color rojo (feto sanguinolento). Las suturas y tegumentos de la cabeza comienzan a reblandecerse con la consiguiente deformación (Schwarcz, 2005).

A partir del treceavo día ocurre la deformación, es el tercer grado de maceración, aquí es donde la descamación afecta la cara. Los huesos del cráneo se dislocan y esto da al tacto la sensación de un saco de nueces (signo de Negri). Hay destrucción de los glóbulos rojos e infiltración de las vísceras y de las cavidades pleurales y peritoneal. La placenta y el cordón umbilical sufren la misma transformación, el amnios y corion (membranas ovulares) son muy friables y adquieren finalmente un color achocolatado.

Con el tiempo si el feto no se elimina, el proceso de autólisis puede excepcionalmente conducir a la esqueletización y petrificación del feto.

Si las membranas ovulares permanecen íntegras, el proceso generalmente es aséptico. La infección de la cavidad ovular con las membranas íntegras es posible, aunque poco frecuente. Si las membranas se rompen puede contaminarse la cavidad y el feto. La colonización de gérmenes lleva a un proceso de putrefacción y las cavidades fetales y la uterina se llenan de gases (Schwarcz, 2005).

Luego de contar con toda la información expresada anteriormente la labor no termina ahí, a mi consideración recién comienza para el profesional de la salud, el saber cómo manejarse de aquí en adelante será crucial en la vida de esa madre que perdió a su hijo. Luego de realizar el diagnóstico sobreviene la etapa más dura que es cuando se debe comunicar a la mamá y acompañante que ese bebé que esperan ya no tiene latidos , que ha fallecido dentro del vientre de su madre.

A continuación se abordará el cómo comunicar esta mala noticia con el fin de facilitar nuestra labor profesional.

MALA NOTICIA

A modo general en el ámbito de la salud se define mala noticia como aquella que altera o cambia la perspectiva del paciente y su familia de manera drástica y negativa; causa alteración emocional de forma adversa o grave, y afecta su visión futura (Ramírez, 2015).

El tema sobre cómo comunicar una mala noticia se ha investigado a nivel mundial debido a que es un problema que afecta a la mayoría de los profesionales de la salud, en mayor o menor medida. La preocupación radica en la medida de protección del profesional de la salud ante la respuesta agresiva del paciente en función de la seguridad física, reputación y aspectos legales contra el profesional, así como el impacto de la mala noticia en la salud psicoemocional de la o el paciente.

Se dice que la forma de comunicar una mala noticia puede tener consecuencias a futuro en la relación médico-paciente. Se asegura que el paciente recordará para siempre el cómo, cuándo y dónde se le comunicó el diagnóstico, por lo que es muy importante para el profesional saber cómo abordar cada situación.

La pérdida de un hijo supone un evento traumático en las vidas de una madre, de un padre, de su familia y su entorno social, resulta un acontecimiento negativo, que ocurre de manera brusca ya que muchas veces la gestación cursaba con normalidad, no obstante la madre y familia jamás estarán preparados para la pérdida, por el contrario de la llegada de un bebé con vida.

Culturalmente se publicita la imagen de la maternidad como sinónimo de logro, el nacimiento de un hijo es considerado un acontecimiento feliz para las familias pero desgraciadamente algunos embarazos terminan en pérdida (Pastor et al, 2015).

Además no solo resulta un evento traumático a nivel familiar y social sino a nivel sanitario, donde el equipo de salud cumple un rol muy importante en la atención, desde que la madre ingresa al servicio de salud hasta que se cumple el proceso. El abordaje de la muerte fetal intrauterina necesita un desempeño en varias áreas por lo tanto es necesario contar con la formación y las herramientas para esto.

Aquí se comparte el testimonio de una matrona⁶ (Obstetra Partera), en un estudio realizado titulado “vivencia de la pérdida perinatal desde la perspectiva de los profesionales de la salud”, (Pastor et al, 2011).

“...Muchas veces no sabes qué decir, cómo comunicarte, cómo expresar que también lo sentimos... he aprendido una cosa; me presento por mi nombre , les digo el cargo que ocupo “matrona” y que lo siento mucho, que voy a estar a su lado ayudándoles en todo lo que pueda...”

Pastor Montero et al crearon un repertorio de buenas prácticas en la atención a la pérdida perinatal donde se destacan para la comunicación de malas noticias las siguientes líneas (Pastor et al, 2013).

Se procura un ambiente tranquilo, íntimo y sosegado. Se debe disponer del tiempo necesario sin interrupciones para los padres. Se recomienda la presencia de un solo profesional.

El profesional debe informar de forma comprensible y empática sobre la muerte fetal, debe hablar con la madre y el padre equitativamente, en la comunicación se tiene en cuenta las frases que validan la pérdida y las que no. Se debe tener en cuenta que no se debe intentar minimizar la situación y buscar consuelos “rápidos”. Es mejor decir que no se sabe muy bien qué decir, que hablar por hablar.

⁶ En otros países se utiliza el término “MATRONA” mientras que en Uruguay, Obstetra Partera.

Para el diálogo con la paciente y su acompañante se puede usar frases como:

- . “Hay malas noticias”
- . “Siento decirles que los resultados no son los esperados”
- . “Sé que esta no es la noticia que deseaban”

El día 4 de junio del 2020 participé de un seminario titulado “Atención al duelo y pérdida perinatal, buenas prácticas de atención en la muerte y el duelo perinatal”. Dictado por la Licenciada Maria Claramunt y Licenciada Yohana Sampietro, donde referían que algunas de las frases que podemos decir en estas situaciones son, además de las anteriores descritas por otro autor las siguientes:

“Me imagino cuanto querrían a ese bebé”

“No me molesta que lloren, no se preocupen”.

La Licenciada en Psicología médica María Claramunt considera que en muchas ocasiones es más cuidadoso y respetuoso el silencio. ¿Cuáles son las frases que NO debemos decir? Comunicación personal.

-“Se fuerte” “No llores”

-“Todo pasa por alguna razón”

-“Ahora tienes un angelito”

-“Al menos no llegaste a conocerlo bien”

-“Eres joven, ya tendrás más”

“Debes ser fuerte por tus hijos/esposo/familia, etc”

“Ya te olvidarás”

“La naturaleza es sabia, vendría mal”

Estas frases NO debemos decir, debemos recordar que es mejor decir “no sé qué decirles” a hablar por hablar e influir de manera negativa en ese comienzo de duelo para los padres.

Tampoco debemos decirles que entendemos su dolor si nunca pasamos por algo similar, es bueno aconsejar pero no obligar.

Además de saber qué no se debe decir y que si se debe decir es importante lo siguiente (Umamanita y el parto es nuestro, 2009).

No se debe intentar encontrarle algo positivo a la muerte del niño A ninguna persona le consuela e incluso hubiera querido que sobreviviera su hijo/a aunque tuviese alguna enfermedad o malformación grave.

Es importante hacerles sentir nuestra presencia, pero con discreción. A veces vale más algo de contacto físico que palabras, una mano en el hombro, un abrazo si se considera oportuno, puede llegar mil veces más lejos que “las palabras correctas”.

Se procura usar los términos correctos, como muerte o murió, se debe responder a todas sus preguntas lo más rápido posible, no dar información si no estás seguro de que es correcta (Contreras et al, 2016). Además se procura el uso del vocabulario adecuado sin tecnicismos en la entrega de información, con el fin de que la paciente y su acompañante entiendan lo que se quiere transmitir. No se debe culpabilizar a los padres (por ejemplo diciendo “¿de verdad lo sentías mover? “)

La guía en salud sexual y reproductiva (MSP, 2014) acota que ante la atención a cualquier embarazada, el ambiente debe ser cálido y tranquilo. Proveer atención de manera personal, presentarse por el nombre, no conversar con los colegas mientras se realizan procedimientos, respetar la privacidad de la mujer que puede estar a la vista de otras mujeres o acompañantes, son situaciones cotidianas que deben ser tenidas en cuenta.

La guía tiene dentro de los objetivos en la atención, desde un punto de vista general el priorizar el trato amable y respetuoso ante cualquier situación.

El ginecólogo, la partera (matrona) y/o personal de enfermería deben posibilitar y amparar las reacciones emocionales de los padres, naturalizar. Una vez comunicada la noticia se debe dejar un tiempo a la pareja para asimilar lo que ha ocurrido y/o gravedad de la situación, formular sus preguntas y expresar sus preocupaciones y necesidades, ya que deberán tomar muchas decisiones en poco tiempo.

La lic. Yohana sampietro en el seminario nombrado anteriormente cita una frase de una mamá que perdió a su bebé a las 34 semanas en el año 2019, comunicación personal:

“...Es todo muy rápido, estábamos atomizados. Desde que llegamos, en dos horas nos enteramos que Maite había fallecido, teníamos que empezar a decidir donde enterrarla. Es mucho)...”

Se debe fomentar una relación con los padres basada en la sensibilidad, empatía, confianza y respeto, se explica a la mujer y su pareja sus opciones en distintos momentos del parto y se les hace partícipes en la toma de decisiones, luego se da tiempo a los padres para que comenten las distintas opciones y tomen sus propias decisiones según sus valores y creencias (Contreras et al, 2016). Se debe jerarquizar los derechos de los padres, respetando sus gustos y preferencias.

La guía de muerte fetal y perinatal (Contreras et al, 2016) sigue en cierta parte los lineamientos anteriores, la misma propone que tras la confirmación ecográfica de ausencia de latidos fetales y diagnóstico de muerte fetal, el profesional de la salud debe dar información breve, clara, concisa, veraz y con sensibilidad, (Se trata de dar una primera información, una vez instalada en la sala donde cumplirá el proceso se continuará dando más información, procurando un ambiente tranquilo y silencioso.)

Posteriormente el profesional deberá responder a sus preguntas e inquietudes y permanecer en calma frente a sus reacciones. El duelo suele comenzar con una fase de negación de la realidad y de búsqueda de culpabilidades.

El profesional debe tratar de no agobiar a la paciente y su acompañante, debe intentar responder a sus angustias o calmar su sentimiento de culpabilidad. Se dice intentar porque el profesional aunque cuente con la información que responda a las dudas del paciente no sabe cómo se tomará la noticia ni que frase o palabra afecte aún más.

Posteriormente de comunicado el diagnóstico se debe trasladar a la paciente a una habitación lo más alejada posible de llantos de recién nacidos.

La atención sanitaria ante una situación donde hay muerte fetal debe ser desde una perspectiva integral, abarcando aspectos biológicos, psicológicos y sociales, si bien nunca lograremos una situación donde prime el momento ameno y cálido de cualquier llegada de un bebé con vida, si podemos lograr que se lleve este proceso para la familia de la mejor manera posible, evitando daños a futuro.

A pesar de que los profesionales se esfuerzan en ofrecer una atención integral y holística a la mujer y su pareja, cuestiones emocionales o de conocimiento, hacen que las conductas de la práctica habitual sean a veces contrarias a modos humanistas basados en la relación de ayuda. Los problemas y dificultades que pueden afectar a la calidad de los cuidados están relacionados con el desconocimiento de las peculiaridades de los padres que han sufrido una pérdida. En este sentido expresan que la formación les facilitaría conocimientos sobre la mejor evidencia disponible para acompañar a los padres en este proceso (Pastor et al, 2011).

El momento de comunicar la mala noticia genera ansiedad en el profesional responsable de informar, que a veces compromete su competencia y su valía humana al desconocer hasta qué punto la forma en que se haya comunicado la noticia ayudará o dificultará el proceso de duelo e influirá en futuras relaciones médico-paciente (Pastor et al, 2011). El apoyo y la comprensión por parte de los profesionales que los atienden pueden mejorar la evolución del duelo y prevenir la patología psicosocial derivada del mismo (Diago et al, 2013).

En muchas ocasiones, a la hora de abordar estas situaciones, el profesional de la salud suele tener miedos e inquietudes ya que durante su formación académica ha recibido una formación basada en el binomio salud-enfermedad

desde una enfermedad totalmente biológica desatendiéndose, por tanto, las habilidades de comunicación.

CAPÍTULO 2

DIVERSOS ASPECTOS SOBRE LA CONDUCTA A SEGUIR TRAS EL DIAGNÓSTICO DE MUERTE FETAL

VÍA DE FINALIZACIÓN DE LA GESTACIÓN

Quiero destacar la revisión de la bibliografía en cuanto a los aspectos psicosociales, en los cuales pongo énfasis ya que más allá de querer saber cómo manejarme académicamente en lo biológico para obtener buenos resultados maternos, quiero contribuir con la salud mental de las familias y mi formación académica en este ámbito.

A modo general, luego del diagnóstico se debe:

- Contener a la mujer y su familia, que viven el impacto de este acontecimiento de manera tan negativa.
- Evacuar la cavidad uterina.
- Prevenir las complicaciones maternas.
- De existir una patología, tratarla a fin de evitar repercusiones maternas.

Como ya se mencionó anteriormente cuando se realiza diagnóstico de muerte fetal intrauterina, luego de comunicar la noticia a los padres, debemos informarles acerca de las posibilidades que existen para culminar con la gestación.

Cassidy et al (2018) cita lo siguiente “Las asociaciones de obstetras y ginecólogos de EE.UU., Reino Unido y España y la guía NICE recomiendan que el parto vaginal, sea el método de elección en casos de muerte intrauterina”.

Se recomienda emplear de elección la vía vaginal, tanto para presentación cefálica como podálica. La situación transversa puede intentar reconvertirse en longitudinal evaluando los riesgos (Diago et al, 2013).

El parto vaginal les da tiempo a los padres a empezar a hacerse a la idea de que su bebé ha muerto, pero además de esto evita todo lo que supone la recuperación de una cesárea y también posibles problemas para partos futuros ya que el índice de muerte perinatal aumenta con cesáreas anteriores (Umamanita y el parto es nuestro, 2009).

CESÁREA

La vía alta (cesárea) para finalización de la gestación estaría justificada en casos específicos, donde se comprometa la salud materna, los mismos son:

Hemorragia, preeclampsia, cirugía previa del cuerpo uterino, situación transversa, desprendimiento de placenta normo inserta, feto macrosómico, inducción fallida o cérvix no favorable (Salud, 2010). Para otros autores lo son, signos de infección, rotura de membranas o coagulopatía

Bajo Arenas, (2007) refiere que se debe realizar cesárea en caso de que el nivel de fibrinógeno descienda por debajo de 200 mg/dl y cuando el estado emocional de la madre así lo aconseje.

Cassidy et al (2018) cita a la AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG) y refiere que la misma recomienda que la cesárea se emplee solamente en circunstancias de emergencia y urgencia no iatrogénicas porque está potencialmente asociada con morbilidad materna y no hay ningún beneficio para el bebé en casos de muerte intrauterina, para la ACOG los casos justificados para realizar una cesárea son: Además de algunos mencionados anteriormente en referencia a otros autores, el mal posicionamiento fetal que no se puede resolver.

Por otra parte, existen una serie de riesgos para la salud de la mujer a corto plazo: hemorragia, lesiones de la vejiga y los intestinos, paro cardíaco postparto, hematoma de la herida, y una incidencia de histerectomía e infección puerperal superior. Al mismo tiempo, deben tenerse en cuenta las complicaciones anestésicas, el incremento del riesgo de tromboembolismo venoso y una estancia hospitalaria más prolongada. Riesgos de una cesárea en general.

A largo plazo, existe un mayor riesgo de muerte fetal en el siguiente embarazo, independientemente del tipo de cesárea, de urgencia o electiva/ a demanda. Además, la cesárea incrementa la probabilidad de rotura uterina en un futuro parto inducido, de problemas asociados con la placenta, como placenta previa o ácreta, y la posible necesidad de practicar una histerectomía.

También se debe tener en cuenta que se compromete la vida reproductiva de la mujer y que muchas mujeres deciden embarazarse poco tiempo después de la pérdida, lo que incrementa el riesgo de complicaciones en un embarazo futuro con corto periodo intergenésico (Cassidy et al, 2018).

Además de que condicione los aspectos mencionados anteriormente, la madre se irá a su casa con una cicatriz de un bebé que no se lleva a casa, donde quizá en situaciones cotidianas (por ejemplo al tomar un baño) al verse la cicatriz recuerde todo lo sucedido.

PARTO VAGINAL

Cuando un bebé muere intra útero los padres, y quizás más las madres, tienen que enfrentarse a una situación que nunca se habían imaginado, parir a su bebé sin vida. Aunque la mayoría de las madres inicialmente no quieren pasar por un parto vaginal, aún más si son primerizas, luego que transcurre un tiempo del parto ellas se sienten realizadas por haber parido a sus hijos (Umamanita y el parto es nuestro, 2009).

Se cuenta con varias opciones para la finalización de la gestación, no obstante se pueden tomar dos conductas, expectante o activa.

Tomar una conducta expectante (cuando no hay elementos de alarma obstétrica) es decir esperar a que el trabajo de parto se desencadene solo o de lo contrario tomar una conducta activa que quiere decir actuar para interrumpir la gestación, puede ser mediante cesárea, ó inducción del trabajo de parto (por diferentes métodos).

Para los diferentes autores la inducción del parto es el método más apropiado, pero esto va a depender de diversos factores entre los que se encuentran, la edad gestacional, la historia materna y las preferencias de la madre así como la práctica clínica más habitual en cada centro.

Atendiendo a cada situación particular, se recomienda terminar el embarazo en un plazo de tiempo corto, si es posible en las primeras 24 horas tras el diagnóstico dado el estado emocional materno (Diago et al 2013).

Debemos tener en cuenta que aunque ya no tenemos la salud fetal que cuidar, aún podemos tener complicaciones en un embarazo con óbito fetal.

A continuación se desarrollará holgadamente lo que es conducta expectante y activa.

CONDUCTA EXPECTANTE

Como se dijo anteriormente el manejo expectante es esperar en forma espontánea que inicie el trabajo de parto.

La paciente puede decidir regresar a su casa hasta que inicie espontáneamente el trabajo de parto, o bien realizar el proceso en el centro asistencial.

Si la paciente decide regresar a su domicilio antes de iniciar el trabajo de parto, se le debe dar seguimiento vía telefónica durante las primeras 24 horas para información y soporte, además debe informarse que mientras más tiempo pasa la información de la autopsia fetal con fines de búsqueda de causa de muerte aportara menor información por el deterioro de los tejidos fetales (Secretaria en Salud, 2010).

La conducta expectante según la diferente bibliografía por lo general no es aceptada por las madres, quienes desean terminar cuanto antes este embarazo, quizá por lo que genera portar un bebé muerto.

“La paciente que tiene a su hijo muerto en el vientre es como si fuera el ataúd de su propio hijo y lleva por delante la pesada carga de tener que expulsarlo al exterior muerto” (Defey et al, 1992).

En el 80% de los casos el parto se desencadena solo entre las 2 y las 4 semanas de fallecido el feto, en la mayoría de los casos el diagnóstico de muerte fetal se realiza antes de transcurrido este tiempo por diversas razones (por ejemplo: Consulta de la madre por disminución de movimientos fetales) por lo que el profesional de la salud es el que tiene que decidir qué conducta es la más adecuada, siempre contando con la opinión de la madre y su pareja o acompañante.

Sepúlveda et al (2014) cita a Goldstein et al, refiere que el mismo demostró que en un plazo de dos semanas aproximadamente el 80 a 90% de los casos presentaban inicio espontáneo de parto, pero desde las cuatro semanas el riesgo de coagulación intravascular diseminada (CID) se incrementa a un 10%, por lo que se recomienda la medición de pruebas de coagulación y fibrinógeno plasmático en forma seriada, especialmente en pacientes de riesgo como preeclampsia, sepsis o desprendimiento placentario.

Uno de los beneficios de elegir el manejo expectante es una reducción significativa en la duración del parto.

En cuanto a las desventajas, se incluyen la reducción de la posibilidad de llevar a cabo estudios de anatomía patológica, tales como autopsia y pruebas genéticas, aunque una espera de unos días no afecta excesivamente a la calidad de estos estudios.

Se habla de una dificultad para realizar estudios de anatomía patológica por la etapa de maceración en la que se encuentra un feto luego de transcurridos días de la muerte en el vientre materno (Cassidy et al, 2018).

Cabe recordar que el profesional de la salud no decide por la paciente sino que brinda las posibilidades y quien toma la decisión es la mamá siempre que sea posible (en conjunto con el papá si así lo desea).

Si se decide esta conducta, entonces se deberá solicitar dos veces a la semana:

- Estudios de laboratorio de coagulación

- Biometría hemática.

Además controlar

- temperatura

- sangrado materno

Niveles de fibrinógeno menores de 100 mg/dL se consideran diagnósticos de coagulopatía (Diago et al, 2013).

COMPLICACIONES DEL FETO MUERTO Y RETENIDO

Básicamente se han descrito dos complicaciones: la corioamnionitis y la coagulopatía. Ambas requieren habitualmente un periodo de latencia prolongado para su aparición, que no suele ocurrir debido a que la conducta habitual es la finalización de la gestación y no la conducta expectante.

Se ha descrito que la prevalencia de coagulopatía de consumo en las pacientes con feto muerto retenido más de cuatro semanas es del 25%. La prevención más efectiva de estas complicaciones es la finalización precoz de la gestación (Diago et al, 2013).

Hemorragias por coagulopatía: Se producen por el ingreso a la circulación materna de sustancias trombotóxicas, lo que acarrea una coagulopatía de consumo. El fibrinógeno plasmático comienza a descender a partir de los 20 días de muerto y retenido el feto. Si la causa del óbito fue por eritroblastosis, esta caída puede iniciarse a los 7 días.

A partir de los 30 días el fibrinógeno puede descender por debajo de los valores hemostáticos (menos de 100 mg/dl) con aparición de hemorragias. En esta última situación y a continuación de la expulsión del feto, la hemorragia puede ser incoercible y sólo se controla con la administración de sangre y fibrinógeno y en casos extremos histerectomía.

Infección ovular: Es poco frecuente cuando las membranas están íntegras como se dijo anteriormente. Si los gérmenes invaden la cavidad ovular, después de la rotura prematura de membranas, el líquido amniótico se torna fétido, el feto presenta un enfisema difuso y el útero se llena de gases (fisómetra) por acción de los anaerobios. Esta complicación abandonada a la evolución puede llevar a la mujer a una septicemia mortal por embolias sépticas o gaseosas

Como complicación también se describen los trastornos psicológicos, que aparecen tanto en la mujer y su entorno una vez que este evento ocurre; si el desencadenamiento del parto se retrasa, la ansiedad aumenta en la pareja y sobrevienen en la madre sentimientos de culpa y frustración al tener que continuar el embarazo con el hijo muerto. En la mayoría de estos casos la mujer necesita apoyo psicológico del equipo de salud, pero en algunos casos es necesario recurrir a una terapia psicológica especializada (Schwarcz, 2005).

Se abordará más adelante el proceso de duelo cuando hay muerte fetal intrauterina.

CONDUCTA ACTIVA MEDIANTE INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO

Inducción inmediata o tras 24h. Si no existe complicación materna asociada, sería posible demorar la inducción al menos durante las primeras 24 horas para facilitar la asimilación de la nueva situación y la toma de decisiones.

Hay investigaciones que demuestran que es mejor para los padres que haya un tiempo entre el momento en que reciben la noticia del diagnóstico y el momento en que se induce el parto, siempre que la situación clínica lo permita.

Este tiempo transcurrido facilitaría asimilar la noticia de la muerte y organizarse en el ámbito personal, es decir si hay más hijos, contactar con la familia, decidir sobre cómo quieren que sea el parto y la despedida, etc.

Por otra parte también hay investigaciones que han obtenido resultados contrarios a lo anteriormente mencionado, señalando que la espera puede ser peor. La recomendación de la guía para la muerte perinatal y neonatal Umamanita y el parto es nuestro (2009), es que los padres siempre reciban la información y el apoyo adecuados para ayudarles a tomar decisiones. Lo importante es que se sientan informados y partícipes del parto. Aunque el bebé haya fallecido sigue siendo su parto y su hijo/a deseado

En un estudio caso control se ha demostrado que intervalos mayores a 24 horas desde el diagnóstico y el inicio del trabajo de parto se asocia a riesgo 5 veces mayor de ansiedad materna (Sepúlveda et al, 2014).

Cuando la conducta es activa, es decir cuando se decide inducir el parto hay diferentes métodos para lograrlo, que se describirán a continuación.

MÉTODOS DE INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO

El despegamiento de las membranas (maniobra de Hamilton) está indicado para inducir el inicio del trabajo de parto (Secretaría en salud, 2010). Es un método natural ya que al despegar las membranas del cérvix genera la liberación de prostaglandinas, las cuales posteriormente generan contracciones.

Bajo Arenas et al, (2007) describe una cantidad de métodos para inducir el parto, que particularmente desconocía, es el fin de este trabajo conocer las diferentes opciones, pero debo destacar que me llaman la atención ciertos métodos ya que habitualmente en la práctica clínica se utilizan dos o tres de ellos. Los diferentes métodos son los que se describen a continuación.

Vía sistémica: Oxitocina intravenosa, Prostaglandina E2 (PGE2) intravenosa o intramuscular, 15-metil prostaglandina F2 α intramuscular, Misoprostol oral o sublingual, RU 486 oral (mifepristona).

Vía intramniótica: Suero salino, Prostaglandinas E2.

Vía vaginal e intracervical: Prostaglandina E2.

Métodos físicos: Tallos de laminaria físicos, Estimulación eléctrica.

La administración intravenosa de PGE2, presenta frecuentes efectos secundarios, a pesar de ello presenta una tasa alta de éxitos. Algo similar sucede con la administración intramuscular de PGF2 α que prácticamente se ha descartado para la inducción del parto. La prostaglandina que se utiliza con más frecuencia es la PGE2 administrada habitualmente por vía vaginal o intracervical.

La utilización de Mifepristona (RU 486) consigue buenos resultados, llegando a una tasa de éxitos del 90% combinada con prostaglandinas y podría ser,

debido a esto una alternativa a procedimientos más invasivos o con más efectos secundarios.

Otro método utilizado ha sido la inyección intramniótica de suero salino hipertónico bajo control ecográfico, la cual se ha relacionado con casos de muerte materna. Por otra parte la inyección intramniótica de prostaglandinas, no se recomienda actualmente por su intensa acción contráctil sobre la musculatura uterina y difícil dosificación. Las perfusiones extramnióticas de suero fisiológico o de PGE2 se han mostrado así mismo eficaces en la inducción del parto.

Para la maduración cervical también se utilizan dilatadores higroscópicos osmóticos, son tallos que se colocan en el cuello uterino y que aumentan de tamaño después de colocarlos, se usan sobre todo en el segundo trimestre de la gestación. En muchos países se está empleando también el misoprostol vaginal para la maduración previa a la inducción con buenos resultados.

Por todo lo expuesto anteriormente los más usados en la actualidad son la oxitocina y las prostaglandinas, dependiendo las condiciones del cuello uterino es decir el grado de madurez será la elección de cual emplear.

Cuando el índice de Bishop es favorable, índice de bishop mayor o igual a 5 (para otros autores mayor a 6), se debe optar por la oxitocina intravenosa.

Cuando el cuello del útero no está maduro, el fármaco de elección son las prostaglandinas. Tradicionalmente se ha utilizado la prostaglandina E2, pero el misoprostol presenta una eficacia superior. Sin embargo, como la indicación de inducción del parto no está actualmente recogida en su ficha técnica, el misoprostol se ha de utilizar como uso compasivo (Diago et al, 2013).

Para la administración de prostaglandinas como se mencionó anteriormente se cuenta con dos vías de administración, vía vaginal y vía oral. Se recomienda la administración de misoprostol vía vaginal por sobre la vía oral, por presentar menos efectos adversos gastrointestinales como vómitos y diarrea (Sepúlveda et al, 2014).

En cuanto a las dosis empleadas varían en las diferentes pautas, coinciden diferentes autores en lo siguiente.

Se recomienda ajustar la dosis de misoprostol según la edad gestacional al momento del diagnóstico de la MFIU.

-Entre las 18 y 26 semanas: 100 µg/6 h (dosis máxima diaria: 800 µg).

-A partir de las 27 semanas: 25-50 µg/4 h (hasta 6 dosis) (Diago et al, 2013).

En pacientes con cicatriz de cesárea anterior se debe prestar mayor atención dado que aumenta el riesgo de rotura uterina, por lo que hay que vigilar especialmente la dinámica uterina y usar dosis reducidas.

Si se usa la oxitocina debe iniciarse hasta 4 horas luego de la última dosis de Misoprostol (Secretaria en Salud, 2010).

En los protocolos revisados, si bien hace referencia a la oxitocina y se afirma su uso cuando el cuello del útero está maduro, no menciona las dosis específicas para la interrupción de la gestación cuando hay muerte fetal, por lo que se deduce que son las utilizadas en cualquier gestación que se debe interrumpir, debemos prestar especial vigilancia a la dinámica uterina dado que en base a ella serán las dosis manejadas de oxitocina.

La administración de oxitocina se realizará por vía endovenosa y en perfusión continua con bomba de infusión, de manera que pueda ser suspendida de forma inmediata en cualquier momento y que la posibilidad de que se dispare el goteo sea mínima. (si no se dispone bomba de infusión un profesional debe prestar atención personalizada) (MSP,2014).

La indicación es la siguiente:

Se diluirá una ampolla de oxitocina de 5 unidades internacionales (UI) en 500cc de suero glucosado al 5 % (queda finalmente una solución de 10mUI/ml). Se comenzará el goteo mediante la bomba de infusión a 12 ó 24 ml/hr. Se continuará duplicando la dosis cada 20 minutos hasta lograr la dinámica uterina deseada.

La mayoría de los trabajos de parto requieren una dosis máxima de 120 ó 240 ml/hr.

Si bien ya no habrá salud fetal que vigilar, la salud materna puede verse comprometida al usar inadecuadamente este fármaco. Si no controlamos la dinámica uterina adecuadamente la oxitocina puede provocar complicaciones. Una de ellas es la hiperestimulación.

No obstante una de las complicaciones que provoca la hiperestimulación uterina inducida por este fármaco es una ruptura de útero y, secundariamente, una hemorragia que puede provocar la muerte materna, la cual puede ocurrir en periodos diferentes de atención, ya sea “durante el embarazo, parto o dentro de los 42 días después de terminación del mismo”, Hernández y Jimenez (2018) citan que así lo define la OMS.

En un estudio titulado “Uso de macro dosis de oxitocina en mujeres con óbito fetal” (Hernández y Jimenez 2018), se destaca que no se ha encontrado estudios específicos que comparen la administración de dosis altas y estándares de oxitocina en mujeres con óbito fetal, pero si hay estudios que evidencian que las altas dosis de oxitocina no mejoran el proceso del parto y provocan hiperestimulación uterina, aumento de hemorragias postparto, fiebre, endometritis.

Hernández y Jiménez citan un estudio realizado en la Universidad de los Andes, Venezuela, donde se estudiaron mujeres que se sometieron a la finalización del embarazo durante el segundo trimestre, a causa de muerte fetal.

Emplearon como métodos de inducción la oxitocina y el misoprostol, ambos grupos no presentaban dilatación cervical ni contracciones uterinas en el momento. El objetivo fue comparar la efectividad de ambos medicamentos; no obstante, los datos arrojados indicaron que el tiempo desde el inicio del tratamiento y la expulsión del feto fue más corto en las mujeres tratadas con misoprostol en comparación con la oxitocina; por otra parte, las complicaciones

identificadas en el estudio fueron la hemorragia posparto, y la retención placentaria y efectos adversos como náuseas, vómitos y fiebre.

En el mencionado estudio también se llegó a la conclusión de que la dosis alta de oxitocina está asociada con una disminución moderada en el riesgo de cesárea, disminuye la duración del parto, pero hay aumento del riesgo de hiperestimulación.

PERÍODO EXPULSIVO

El expulsivo es el período que abarca desde la dilatación completa hasta la expulsión fetal al exterior (Bajo Arenas et al, 2007).

El momento del parto es decir el periodo expulsivo, suele ser una experiencia muy dura que las madres y padres a menudo deben atravesar.

Las madres que paren bebés muertos valoran el dolor físico de forma significativamente más alta que aquellas que paren bebés vivos. Una revisión sistemática estableció que muchas veces el alivio del dolor durante un parto con muerte fetal es insuficiente (Cassidy et al, 2018).

Se recomienda que todas las modalidades de analgesia habituales para el manejo de dolor estén disponibles, como lo es la analgesia epidural y anestesia controlada por la paciente o dosis intermitentes. Cualquiera que sea la estrategia de manejo del dolor, debe hablarse previamente con la mujer sobre las ventajas y desventajas de cada una de ellas.

Se debe saber que los recursos de analgesia varían dependiendo el lugar en el que se atiendan, hay hospitales en los que se cuenta con analgesia por ejemplo y otros en los que no.

Existen métodos no farmacológicos para disminuir la percepción dolorosa que deben tenerse en cuenta, los mismos son (MSP, 2014):

- Hidroterapia, parto en agua. La inmersión en agua durante la primer etapa del trabajo de parto ha demostrado disminuir la necesidad de analgésicos, sin empeorar los resultados perinatales (en este caso lamentablemente no hay salud fetal que cuidar).
- Masajes y contacto físico, el masaje superficial abdominal y dorsal, la presión/masaje y la aplicación superficial de calor o frío suele disminuir la intensidad del dolor haciéndolo tolerable.

- Métodos disuasivos. Conversar y deambular durante el trabajo de parto, tener una ventana para mirar al exterior, son estímulos sensoriales que permiten que la mujer esté menos pendiente del dolor de las contracciones.
- Técnicas de relajación. El estrés provoca una respiración superficial, dándole al cuerpo menos oxígeno, un ambiente relajado, acogedor y técnicas respiratorias y posturales de relajación permiten una disminución de la tensión muscular y mental, también la visualización de imágenes mentales permiten controlar el dolor.
- Otras: acupuntura y acupresión, cambio de posiciones, hipnosis, tens, yoga, reflexología, aromaterapia, digito puntura, entre otras.

Otro punto a tener en cuenta es que una vez que llega el periodo del expulsivo, deben usarse métodos analgésicos que no disminuyan la conciencia de la paciente, ya que estos contribuyen a aumentar la sensación de irrealidad e interfieren con el proceso de duelo normal por tanto puede causar conflictos psicológicos posteriores (Bajo Arenas et al, 2007).

Aunque es frecuente que las mujeres pidan “algo” para calmar el dolor, es importante recordar que puede que estén intentando controlar una situación estresante de la única manera que conocen. En este sentido, puede ser similar a los motivos para pedir una cesárea.

Se recomienda que solo se administren ansiolíticos (como benzodiazepinas) en las circunstancias en las cuales verdaderamente se necesiten y sean efectivos, como por ejemplo ante un verdadero ataque de pánico. En el caso de usar sedantes/tranquilizantes (como diazepam) para asistir al sueño que sea solamente cuando la mujer no vaya a tener que tomar decisiones durante un tiempo o pasar tiempo con su bebé (Cassidy et al, 2018).

“La madre, y también quienes la rodean viven el parto con un sin sentido, como un mal inevitable, cuyo único objeto es no hacer una cesárea inútil” (Defey et al, 1992).

Como en todo momento desde que se realiza el diagnóstico el ambiente en esta etapa debe ser íntimo, cálido, sosegado, con la presencia de la menor cantidad de personas posible. El profesional de la salud debe informarle a la madre y padre/acompañante sobre el estadio del parto en el que se encuentran (período expulsivo).

Se debe evitar en lo posible la realización de episiotomía (Contreras et al, 2016). Según la bibliografía consultada no existe evidencia que la episiotomía tenga beneficios maternos, no obstante, al igual que en los casos de parto de un bebé vivo, se debe emplear el uso restrictivo de la episiotomía, realizarla únicamente si la situación clínica lo amerita.

“En la medida que todo parece perder sentido, al médico le resulta difícil realizar maniobras habituales (episiotomía, cesárea, etc), que resultan más cruentas, ya que no darán como resultado el surgimiento de un ser vivo y la felicidad y agradecimiento de los padres” (Defey et al, 1992).

El momento del pujo puede ser especialmente duro. La mujer puede que no quiera pujar porque siente que eso es el final y en cierto modo está anticipando el fallecimiento del hijo. Es importante cuidar la analgesia y no tener apuro para iniciar el pujo (Contreras et al, 2016).

Por otra parte también puede ser especialmente duro ya que a menudo esas madres guardan una esperanza de que todo sea un error y su bebé este vivo.

Dar tiempo a que la mujer sienta el reflejo de pujo, guiarla cuidadosamente, sin prisa, cuidar el tono de voz.

Otro punto a tener en cuenta es, al momento de la expulsión fetal, no traccionar demasiado, esperar a que el proceso se cumpla naturalmente. Recordemos que el cuerpo del feto comienza a descomponerse con el correr de los días si permanece en el vientre materno luego de fallecido, por lo que puede que se encuentre muy friable y hasta incluso se dañe aún más.

ALUMBRAMIENTO

Se recomienda dar tiempo para que el alumbramiento ocurra espontáneamente, con el fin de evitar las retenciones placentarias, como en cualquier alumbramiento. Lo que no debemos es traccionar el cordón umbilical para evitar que se rompa, antes de realizado el alumbramiento.

En el caso de que sea necesario existe la posibilidad de administrar más dosis de Misoprostol en intervalos adecuados (Cassidy et al, 2018).

La placenta debe ser remitida en fresco (sin fijación en formaldehído) y junto con el feto (Diago et al, 2013). Debe ir correctamente identificado con nombre, apellidos y nº de historia de la madre. Se enviará al Servicio de Anatomía Patológica junto con el consentimiento. Si piden un análisis microbiológico de placenta, se mandará un trozo de la misma sin formol (Contreras et al, 2016).

¿VER AL HIJO O NO VERLO?

“La oportunidad de despedirse por última vez es de gran importancia para las familias, para su posterior bienestar físico, psíquico y emocional” (Umamanita y el parto es nuestro, 2009).

En la bibliografía consultada surge lo siguiente, en algunos casos el autor recomienda que el profesional que atiende el proceso, en algún momento que considere adecuado les pregunte a los padres sobre la posibilidad de ver a su hijo una vez que nazca. Mientras que para otros autores se debe dejar y si los padres no mencionan nada, abordar la situación naturalmente, es decir actuar como cuando nace un bebé con vida y colocarlo sobre el vientre materno.

Para Bajo Arenas et al (2007) se debe ofrecer a los padres el ver al recién nacido, ya que está demostrado que esta visión es beneficiosa para la recuperación posterior ya que se personaliza la reacción de duelo y ayuda a superar la pérdida.

Una vez que nace se debe poner en contacto al bebé con sus padres de acuerdo a lo pactado anteriormente, recordar siempre llamar al bebé por su nombre. Recomendarles estar con él, cuando crean que es el momento (dejar abierta esa posibilidad), hasta 2 horas. Si no desean los padres, es conveniente presentarlo a un familiar directo previamente pactado (Contreras et al, 2016).

El profesional de la salud debe dejar registrado el peso, debe prepararlo, en caso de que hayan decidido verlo o por si deciden verlo luego. Se debe prepararlo de la forma más adecuada posible (Lopez y Elorz, 2016).

- Lavar la cara del bebé con suero fisiológico y una gasa.
- Dejar la cara descubierta y ocultar inicialmente el resto del cuerpo.

- Se aconseja tapar la cabeza también. Se limpian los restos de sangre del bebé, se lo envuelve en un campo y se le pone el gorro.

- Envolverlo en un campo, o ropa que la familia proporcione.

- Si la muerte se ha producido próximo a término llevarlo en brazos como se haría con un recién nacido vivo (presentación lo más natural) y proporcionar una cuna para dejarlo en ella.

- Alertar que parece un niño dormido, y que no estará frío.

Se puede ofrecer a los padres la posibilidad de vestirlo (si vemos que tienen esa disposición). (si no van a realizar autopsia. Si la realizan mandar la ropa sin poner en el bebé, junto con el cuerpo).

- Se facilita, si la pareja lo desea, algún ritual que tenga en cuenta sus necesidades culturales/espirituales. También en el caso que la usuaria disponga de cartilla maternal, anotar los datos del parto (Contreras et al, 2016).

Hay una serie de recomendaciones que podemos tomar en cuenta, en base a diferente bibliografía consultada, algunos autores hablan de una cajita de recuerdos, la misma puede contener, huellita del bebé en papel, datos del nacimiento, ropita que la familia haya llevado al hospital, fotografías, carné de control de embarazo, pulseras de identificación, entre otros objetos que se consideren oportunos. El profesional es el que debe facilitar recoger estos datos y objetos dado que probablemente la mamá no tenga ánimos para pensar en esto.

Quizá al hablar de fotografías suene algo morboso, pero hay que tener en cuenta que una fotografía puede ser el único recuerdo que le quede a esa mujer de como era su bebé, ya que con el paso del tiempo el recuerdo se puede ir desdibujando. Los autores refieren que es una manera de contribuir al proceso de duelo.

...“Creo que las fotografías no son adecuadas, pero yo haría lo que me pidieran los padres, lo del paquetito de recuerdos no me parece mal, pero está claro

que son los padres los que tienen que decidir sobre estas cuestiones, matrona)... Testimonio de una matrona citado por Pastor et al (2011).

..."Me parece un poco macabro y desagradable el realizar fotografías, vestirlos y realizar un velatorio con toda la familia denota estar molesta con estas cuestiones; yo no quisiera que mi bebé macerado lo viera toda mi familia y menos hacerle fotos, no me sentiría bien"...Testimonio de una matrona citado por Pastor et al (2011).

La Guía para la atención a la muerte perinatal y neonatal da 6 consejos a tener en cuenta a la hora del nacimiento de un bebé sin vida (Umamanita y el parto es nuestro, 2009).

-Aconseja sacar (siempre con el consentimiento de las familias) fotos de bebés hechas en el hospital y hacer un álbum para que otros compañeros puedan consultarlo e inspirarse cuando ellos mismos se preparan para hacer fotos de bebés.

-Deja un link en el que hay una ayuda para hacer huellas del bebé.

- Refiere que cuando le ofrecés un conjunto de ropa para que le pongan al bebé, le des 2 o 3 opciones para que sean ellos quienes decidan qué ponerle.

- Otro consejo es dibujar el contorno de la mano o del pie del bebé en un papel y dárselo a los hermanos o hermanas del bebé (Si no tiene a los papás).

-Que el profesional lleve el bebé en sus brazos. Así les transmite que es un bebé querido y que se le trata con cariño.

-Recomienda que es bueno Invitar a doulas u otras personas cercanas para que los familiares tengan a alguien que pueda mirar por los intereses de los padres, guiarles durante el proceso y ayudarles con el apoyo emocional y práctico.

PUERPERIO

Se entiende por puerperio al período que comienza desde la salida de la placenta e incluye clásicamente las siguientes 6 semanas. Se clasifica de la siguiente manera (Schwarcz, 2005):

- Puerperio inmediato: primeras 24 horas postparto.
- Puerperio mediato: abarca desde las 24hs hasta los primeros 10 días después del parto
- Puerperio alejado: desde el día 11 hasta los 42 días.
- Puerperio tardío: comienza al finalizar el puerperio alejado y se extiende hasta los 364 días cumplidos.

En este momento abordaré el puerperio inmediato y tardío ya que trataré aspectos clínicos y psicológicos a esta etapa.

Como primera medida en el puerperio se debe ubicar a la pareja en una habitación lejos de otras parejas con sus recién nacidos, ya que está demostrado que puede afectar negativamente en el proceso de duelo, el cual se abordará más adelante.

Debemos pensar que luego de un parto de un bebé muerto, tenemos a una puérpera cuyo cuerpo está preparado para recibir a un bebé con vida, y que en estos casos no lo tendrá. Por tanto hay varios aspectos a tener en cuenta.

Se debe continuar dando apoyo emocional, además de valorar la necesidad de interconsulta con el psicólogo.

Se explica a la madre los cuidados puerperales y la evolución normal del cuerpo tras el parto, el profesional debe realizar el control clínico del puerperio. (Útero, mamas, loquios, etc.)

Se ofrece información acerca de las diferentes alternativas, farmacológicas o no de la supresión de la lactancia materna. A continuación se desarrollará cada una de estas opciones.

La supresión de la lactancia es de importancia psicológica para algunas mujeres luego de tener una muerte fetal (Gynaecologists, 2010).

Se realiza Inhibición de la lactancia farmacológica salvo contraindicaciones o edad gestacional inferior a 18 semanas. Si lo solicita la mujer, considerar inhibir la lactancia de manera no farmacológica (Contreras et al, 2016).

Se realizó un estudio titulado “Inhibición de la lactancia con Cabergolina. efectos sobre los síntomas y sobre el nivel de prolactina” el mismo buscaba reconocer la eficacia de la Cabergolina, en dosis única, en inhibir la lactancia en el puerperio inmediato, que lo hizo mediante la valoración de los síntomas clínicos, así como de sus efectos sobre los niveles de prolactina.

La revisión bibliográfica que realizaron en este estudio y los resultados que encontraron durante la realización del mismo en pacientes que recibieron Cabergolina, indicaron que es la medicación más adecuada para la inhibición de la lactancia, por lo tanto debe ser considerada cómo de primera línea o de elección para este fin (Rincón et al, 2016)

En un ensayo clínico controlado se comparó una dosis única de cabergolina (1 mg) con bromocriptina (2.5 mg dos veces al día) durante 14 días. Los dos regímenes tuvieron una efectividad muy similar, pero la cabergolina era más simple de usar y tenía tasas significativamente más bajas de actividad mamaria de rebote y eventos adversos (Gynaecologists, 2010).

Una vez establecida la lactancia, su eficacia no es la misma que si se utiliza en mujeres que acaban de dar a luz, ya que la madre aunque tome la dosis prescrita suele sufrir ingurgitaciones (Umamanita y el parto es nuestro, 2009).

El problema que más frecuentemente se puede presentar tras la toma de este medicamento es la ingurgitación de las mamas.

La madre, tras la pérdida del bebé, puede que no esté pendiente en la necesidad de aliviar la incomodidad y tensión en los senos hasta que se haya producido una ingurgitación severa y dolorosa. Es necesario que cuando se prescriba este medicamento para inhibir la lactancia se informe a la mujer de la necesidad de extraerse leche de sus senos hasta que disminuya la molestia, sin vaciarlos completamente (Umamanita y el parto es nuestro, 2009).

Por otra parte es importante saber que se puede inhibir la lactancia sin fármacos, esta es la forma fisiológica y natural de inhibir la lactancia (Cassidy et al, 2018).

Paulatinamente el seno va produciendo cada vez menos leche hasta que la secreción desaparece por completo.

Hay varias consideraciones a tener en cuenta como son:

- El tiempo transcurrido desde el nacimiento

- El número de extracciones diarias. Si una madre realiza varias extracciones al día (la mayoría de las madres extraen leche para sus bebés entre un mínimo de 5 extracciones cada 24 horas, y otras llegan incluso a 10 extracciones por día) con la lactancia establecida y con una producción abundante de leche, el proceso puede llevar algunos días más.

El proceso puede llegar a durar un mes o más y muchas madres que han inhibido la lactancia de esta manera comunican que aún meses después siguen segregando esporádicamente algunas gotas de leche.

La prioridad se centra en evitar la ingurgitación, para lo cual se informaría a la madre de la necesidad de extraer la leche en cuanto comience a sentir el pecho lleno, aunque solo extrayendo una mínima cantidad de leche y utilizando el método que la madre ya estuviera empleando. Se trata de extraer solo la cantidad necesaria para que la madre deje de sentir incomodidad y espaciar las extracciones a lo largo de los días o semanas siguientes.

También se aconseja el uso de un sujetador que contenga el pecho sin llegar a oprimirlo y utilizar otros de tallas más pequeñas a medida que el pecho va involucionando.

La neuropsicología ha demostrado los efectos beneficiosos de la lactancia como factor protector de la depresión y el estrés. Además, la prolactina está elevada al inicio e inhibirla bruscamente podría agravar los sentimientos de depresión.

En la actualidad, cada vez más madres en la práctica preguntan si pueden donar su leche. Esta práctica las lleva a sentirse realizadas en su entidad de madres y las ayuda a la elaboración de un duelo más sano y rápido.

Lo que se compartirá a continuación es el relato de una mamá que perdió su bebé a las 27 semanas de gestación.

“Me provocaron el parto. Estuve en el hospital unas 24 horas. Me ofrecieron una pastilla para cortar la lactancia. Yo ya había decidido que no me la iba a tomar pero, además, a la matrona se le olvidó marcarlo en mi historial, con lo cual el enfermero ni siquiera me la dio. Sentía que era casi lo único que podía controlar, permitiendo que mi cuerpo reaccionase como necesitara. Confieso que tenía la pequeña sospecha de que no me iba a subir la leche, al fin y al cabo no había llegado al final del embarazo y, en mi ingenuidad, creía que el cuerpo no se iba a dar cuenta de que había dado a luz”.

Esta mamá aún con todo el dolor de haber perdido a su bebé busco la forma y donó su leche, al volver a su casa, surgió esta idea. La madre se encontró con sus pechos inflamados y comenzando a segregar leche.

Se debe tener en cuenta que esta también es una opción para las mamás que pierden sus bebés.

Uruguay, después de Brasil, es el más avanzado en América del Sur en la donación, procesamiento y distribución de leche materna.

Uruguay cuenta con tres bancos de leche materna, todos ellos obligatoriamente instalados en hospitales que tienen CTI infantil.

Para donar solo es necesario comunicarse con cualquier banco de leche humana o centro de recolección para coordinar. Durante la primera visita se solicita la fotocopia del carné obstétrico; se dejan frascos estériles y se recibe la leche que la madre desea donar (Fazio, 2013).

ALTA HOSPITALARIA

En los casos donde una madre tuvo una muerte fetal intrauterina, se debe favorecer el alta precoz, sabemos que la hospitalización post parto dura 48 hs post parto vaginal y 72 hs post cesárea. En estos casos se evalúa el momento del alta, y si todo evoluciona de forma favorable se da el alta antes de transcurrido el tiempo mencionado.

Una vez que la paciente recibe el alta hospitalaria es conveniente concertar una visita a las seis a ocho semanas, para informar de los resultados de la necropsia y el resto de estudios encaminados a establecer un diagnóstico etiológico de la muerte fetal ya que saber las causas que desencadenaron tal desenlace ayudaría a eliminar algún sentimiento de culpa que los padres pudieran sentir.

Los siguientes aspectos son recomendaciones de lo que se debe hacer tras el alta (Pastor et al, 2013).

- Lo ideal es realizar entrega de folleto que informe sobre cuidados habituales en el puerperio, recursos y redes de apoyo disponibles y recomendaciones específicas sobre el duelo perinatal
- Es conveniente realizar informe de continuidad de cuidados y se envía a su área de salud correspondiente para garantizar la continuidad en la atención.
- Ofertar a los padres con riesgo de presentar dificultades en el proceso de duelo ayuda del profesional oportuno del Centro de Salud Mental de su Área de Salud correspondiente, previa derivación a través de su Equipo de Atención Primaria.
- Realizar llamadas periódicas de seguimiento durante el primer año.

- La calidad percibida por la usuaria y su familia está marcada por el respeto y la profesionalidad.

RECOMENDACIONES PARA UNA FUTURA GESTACIÓN

Luego de que se pasa por la experiencia de sufrir un óbito fetal según la bibliografía consultada se recomienda esperar un año antes de una nueva gestación, hasta la recuperación completa física y psicológicamente con el fin de evitar que el único objetivo del nuevo embarazo sea reemplazar de alguna manera el hijo muerto.

En los casos de pacientes que han sufrido una muerte fetal intrauterina, la gestación tras este acontecimiento se considera de alto riesgo obstétrico⁷.

En las gestantes en las que no se ha podido demostrar una causa concreta de muerte fetal se acepta un riesgo empírico de que se repita la muerte fetal del 3%, y del 15% si presenta dos muertes fetales previas, pudiendo variar en función de las características de la paciente (Bajo Arenas, 2007).

En la próxima gestación puede ser conveniente establecer un calendario de visitas más frecuentes pero evitando un excesivo intervencionismo que acabe transformando el embarazo y el parto en un proceso patológico sin más causa que la muerte fetal precedente.

Clásicamente, el riesgo de recurrencia está incrementado en 2 a 10 veces, pero estos valores datan de estudios realizados en los años 90 con análisis muy limitados de los casos. Este riesgo está asociado a la causa inicial que ocasionó la muerte. Debe intentarse el diagnóstico etiológico para intentar prevenir en un futuro causas modificables y permitir un mejor consejo ante futuras gestaciones (Diago et al, 2013).

⁷ circunstancias médicas, sociales, ginecológicas u obstétricas puedan poner en **riesgo** la salud de la madre, del bebé, o de ambos, con una probabilidad superior a la de la población general durante la gestación, el parto o el puerperio.

El marco de referencia de los padres para el siguiente embarazo es su experiencia anterior. Estos padres han perdido la inocencia. La probabilidad estadística les ha traicionado, y cuando se ha producido una muerte, viven con constante ansiedad pensando que la muerte puede golpearles de nuevo (Kowalski, 1991) citado por Umamanita y el parto es nuestro, (2009).

Y aquí se comparte un testimonio de un padre en un embarazo luego de haber sufrido una muerte fetal.

“La decisión de tener otro hijo después de Robert fue fácil. Lo difícil fueron los nueve meses siguientes. En mi caso, la muerte de Robert me perseguía todo el tiempo y estaba totalmente paranoico pensando en que algo imprevisible pudiera ocurrir de nuevo”.

CAPÍTULO 3

-ASPECTOS SOBRE EL DUELO

-¿QUÉ SE HA PUBLICADO SOBRE LAS FAMILIAS Y EL EQUIPO DE SALUD?

DUELO

Se define duelo a una respuesta afectiva normal de una persona a una pérdida importante (González et al, 2013).

El duelo perinatal, se caracteriza por la proximidad entre el nacimiento y la muerte de un ser humano, así como por la falta de reconocimiento social, como por la ausencia de una despedida (Aranda et al, 2019).

El proceso de duelo es una entidad que conlleva síntomas somáticos, psicológicos y de comportamiento (Bajo Arenas et al, 2007). Los síntomas son los siguientes: tristeza, irritabilidad, cólera, depresión, trastornos sueño y del apetito, sentimiento de nostalgia de la persona perdida y ocasionalmente alucinaciones auditivas o visuales del fallecido (González et al, 2013).

Además, normalmente estas respuestas específicas del duelo van acompañadas de síntomas fisiológicos predecibles, como cefalea, astenia y letargia, disnea, taquicardia, xerostomía, sudoración, trastornos digestivos y sensación de asfixia.

Según la diferente bibliografía consultada los síntomas de duelo disminuyen en los primeros 6 meses tras la muerte en este ámbito, pero pueden ser necesarios de uno a dos años para una resolución total del mismo.

Hay acciones que los profesionales podemos realizar para colaborar con el proceso de duelo que se tratarán más adelante.

El proceso de duelo es normal, para cualquier persona que pierde a un ser querido, cuando deja de serlo es que se transforma en patológico y cuando se inicia antes de sufrir la pérdida se convierte en anticipado. Además hay otras formas de duelo que se basan en las características del mismo. A continuación se desarrollara cada uno de los mencionados:

Duelo anticipado: Se produce cuando el proceso del duelo se inicia antes de que tenga lugar la pérdida. Se ha observado que la pronta percepción de la eventualidad puede atenuar la fase de choque y facilitar la evolución de la recuperación (González et al, 2013).

Duelo patológico: El proceso del duelo es patológico cuando no se produce una adaptación completa del individuo a la pérdida y a la reorganización de su vida. La cronicidad del proceso se manifiesta por nerviosismo, irritabilidad y agresividad, y suele evolucionar a depresión (González et al, 2013).

“La elaboración del duelo significa ponerse en contacto con el vacío que ha dejado la pérdida de lo que no está, valorar su importancia y soportar el sufrimiento y la frustración que comporta su ausencia” Jorge Bucay citado por Lopez y Elorz (2016).

Duelo resuelto: se asigna cuando podemos decir que el doliente ha completado el proceso de duelo. Este es capaz ahora de recordar al bebé sin sentir dolor intenso aunque perdure la tristeza. El doliente ha dejado de vivir en el pasado y puede volver a invertir su energía en la vida y en los vivos.

Duelo congelado o inhibido: Se presenta en personas que en las fases iniciales del duelo parecen mantener el control de la situación y no dan signos de afectación o dolor por el fallecimiento de su ser querido. La persona presenta dificultad para la expresión de sus emociones, no afronta la realidad de la pérdida y esto resulta potencialmente patógeno.

Duelo enmascarado: La persona experimenta síntomas (somatizaciones) y conductas que le causan dificultades y sufrimiento, pero no las relaciona con la pérdida sufrida (López y Elorz, 2016).

Tras sufrir una pérdida se ponen en marcha una serie de tareas, es lo que se denomina proceso de elaboración del duelo.

Una vez que ocurre la muerte fetal el duelo presenta una serie de fases que según algunos autores no tienen un orden específico en su expresión, las mismas son negación, incredulidad, confusión, shock, enfado o rabia, tristeza y

depresión, añoranza, desesperación y desesperanza, culpa y vergüenza. Para otros autores las fases son 4, se describen a continuación (Bajo Arenas et al, 2007):

Fase de choque o incredulidad: consiste en un periodo de aturdimiento y el no creer, que protege a los progenitores del impacto total de la pérdida, Suele aparecer cuando dan a los padres la noticia de que no hay latido, o de que existe una malformación genética o anomalía física. Puede durar horas o semanas e incluso incrementarse debido a que la relación con la persona muerta no se basa en experiencias ni en recuerdos, sino en lazos afectivos que se desarrollan antes de que se haya podido establecer un contacto físico.

Fase de nostalgia y búsqueda: comienza cuando la realidad de la pérdida empieza a aparecer. Es entonces cuando se evidencia el momento crítico de pesar caracterizado por la ira, pesadumbre, adjudicación de culpa o perturbación. La culpa puede dirigirse hacia la persona misma, o hacia el entorno, como la pareja o el equipo médico.

Fase de desorganización: puede durar de seis meses a un año y se caracteriza por una tristeza manifiesta, disminución de la autoestima, falta de atención y objetivos y retraimiento social.

Fase de reorganización: durante esta etapa se produce una aceptación de la pérdida como definitiva. Las relaciones de la familia se estabilizan y se empiezan a hacer planes de futuro.

Depende como se lleven a cabo estas fases es la posibilidad de que este duelo no se resuelva adecuadamente y se vuelva patológico.

Autores como Wing o Bonann indican que es uno de los eventos más difíciles y estresantes que puede experimentar un adulto. Afortunadamente, el tratamiento que se le da al duelo perinatal es muy diferente al que se le daba en décadas anteriores, pero también ha variado en función del país e incluso dependiendo del tipo de asistencia, pública o privada.

Por esto es importante que el equipo de salud sepa como abordar estas situaciones a fin de colaborar con este proceso de duelo, con el fin de que el mismo no se vea afectado por un mal manejo y se vuelva posteriormente duelo patológico.

“El primer artículo que describe el sufrimiento de los padres frente a la muerte de un hijo aparece en 1959. A partir de ese momento y durante décadas, a las madres y a los padres se las separaba de su bebé muerto e incluso se los sedaba, debido a la creencia de que “el dolor podía prevenirse si no se forman vínculos”. Recién en 1982 ocurre el cambio, cuando Kirkley-Best y Kellneren, criticaron dichos métodos y recomendaron otro tipo de procedimientos, tales como grupos de apoyo, ver al bebé muerto, interactuar con él, ponerle nombre” (Aranda et al, 2019).

Cuán importante son los estudios y los avances en relación a este tema, si bien este trabajo no se trata sobre lo que ocurría en estos tiempos mencionados anteriormente, si podemos valorar lo que cambia el manejo de la muerte fetal, la vida de los padres que sufren tal evento.

Saber cómo manejar estas situaciones como profesional de la salud, y aún mas como Obstetra Partera es lo que marca la diferencia en la vida de estas familias y su proceso de duelo.

Los hallazgos de varios estudios y cuestionarios indican que es imprescindible un apoyo psicosocial y espiritual para superar una muerte perinatal.

Cabe destacar que aunque las madres suelen convertirse por desgracia en las grandes protagonistas cuando se da una pérdida perinatal, también existen otros importantes afectados. Entre ellos están el padre, hermanos y abuelos.

“...Al poco de llegar, pasé a una sala donde mi mujer estaba llorando y me hicieron sentarme para escuchar la frase más dolorosa que había oído "no hay latido". En ese momento se me paró el mundo y como “los hombres no lloran”, intenté hacerme el fuerte para poder consolar, apoyar, no sé cómo llamarlo o

describirlo, pero mi mujer me necesitaba. Y yo como era un hombre, no lloraba. Sólo cuando me quedaba sólo o ya no podía más y ella no me veía...”

Actitudes y conductas de los miembros del equipo obstétrico pueden tener consecuencias negativas en el afrontamiento del duelo por la familia.

Como se mencionó anteriormente hay determinadas acciones que pueden influir negativamente en el proceso de duelo. Se aconseja no realizar lo siguiente a fin de contribuir a que esto no suceda.

Intentar evitar frases como las siguientes:

- Evitar que los padres vean y toquen a su hijo muerto
- Sedar excesivamente a la madre durante el parto
- Insistir en la conveniencia de la realización de necropsia
- Escapar el contacto con los padres
- Dar información insuficiente
- Aconsejar un embarazo lo antes posible

Una mayor conciencia y conocimiento de los servicios de apoyo emocional favorecen una mejor respuesta al afrontamiento del duelo.

Los padres en proceso del duelo deben recibir una atención competente, informándoles de los planes de tratamiento y dándoles información sobre las opciones de entierro.

Términos como “feto”, una palabra correcta en la medicina, suele causar disgusto y ser ofensivo para las mujeres y sus parejas en situación de duelo porque entienden que se reducen sus experiencias al plano de lo físico, equivalente a una enfermedad siendo para ellos una situación que va mas allá de lo físico sino a lo espiritual, a su alma “rota”.

Que difícil es para esos padres perder un hijo cuando este acontecimiento es inesperado, culturalmente sin sentido y psicológicamente traumático.

Socialmente estos padres son poco comprendidos, entonces si hablan de su hijo fallecido pueden sufrir castigos sociales mediante comentarios diseñados para silenciar, si no hablan de sus hijo/as, se les deshonra por no hacerlo.

En un estudio realizado por Cassidy et al (2018) titulado “La Muerte y el Duelo Perinatal en Contexto Sociocultural” se destaca que, la falta de apoyo social es uno de los principales componentes de resultados negativos en la salud mental y del duelo complicado de los padres.

“Jamás te persigas creyendo que ya deberías sentirte mejor. Tus tiempos son tuyos. Recuerda que el peor enemigo en el duelo es no quererse”. Jorge Bucay citado por Lopez y Elorz (2016)

Para un profesional de la salud estar y cuidar a una madre y a un padre luego de haber sufrido una pérdida de un hijo aún antes de nacer puede llegar a ser muy estresante. Pocas veces se habla del tema entre el equipo de salud y muy a menudo sucede este acontecimiento.

Crucial es la formación en este ámbito dado que como dije anteriormente y en varias ocasiones se necesita un desempeño en varias áreas. En lo biológico es importante el manejo para evitar complicaciones en la madre, ya que si bien no hay salud fetal que vigilar, si puede haber complicaciones biológicas para la misma y a nivel psicológico por todo lo que puede causar una pérdida fetal a este nivel.

Se han realizado varios estudios en referencia a las vivencias de los profesionales de la salud, para saber cuáles serían las prácticas adecuadas para evitar consecuencias a nivel profesional, con el fin de que no tenga repercusiones a nivel personal.

¿Quién no se siente afectado cuando tiene que asistir un parto de un bebé muerto, de un bebé que no tiene posibilidades de vivir fuera del útero de su madre?

Aunque muchas veces se crea que el profesional sabe cómo manejarse, o que estos casos serán para el profesional un caso más de los tantos que asiste día a día, y que será olvidado, esto no es así, la ocurrencia de una muerte fetal va más allá de eso.

A los profesionales también hay que proporcionarles herramientas para saber manejar la muerte de un bebé. Entonces hay pautas que se pueden seguir para facilitar este trabajo a un profesional de la salud.

Las siguientes líneas son consejos de profesionales a profesionales para el manejo de la atención ante Óbito fetal (Umamanita y el parto es nuestro, 2009):

Es importante que no sean siempre los mismos profesionales quienes atiendan a los padres que sufren este tipo de pérdida. Esto además ayuda a que todo el personal tenga experiencia con estos casos, esto te ayudará a mejorar tu atención y capacidades. Es importante perder el miedo a expresar lo que sientes. Si sientes tristeza por la pérdida del bebé exprésalo a los padres.

Si para el profesional que atiende al proceso le supone un problema mayor ya sea por una pérdida personal, un problema religioso, etc. Debe hablarlo con su superior de inmediato para ver si otra persona puede atender a ese parto.

Se puede crear un grupo de apoyo con compañeros, El profesional debe expresar las dificultades con sus compañeros. Proponer al centro que se haga sensibilización acerca de este tema.

Tratar el tema en sesiones clínicas y no combinar nacimientos y muertes atendidos por los mismos profesionales.

Trabajar en equipo. Asegurar que haya tiempo de respiro entre la atención a un parto de un bebé muerto y un bebé vivo, reconocer el trabajo que hacen tus compañeros.

Ayudarse, animarse, apoyarse. Supone mucho desgaste emocional para los compañeros y para el equipo.

A nivel profesional, la muerte fetal es un tema tabú, muchas veces es más fácil evadir la situación que afrontarla, pero conociendo las pautas y lo que puede colaborar al desempeño profesional la tarea se hace algo más “fácil”.

El abordar la muerte fetal intrauterina resulta en sentimientos negativos para los profesionales que atienden el proceso, sentimientos como: frustración, decepción, derrota y tristeza.

En un estudio titulado “La vivencia de la pérdida perinatal desde la perspectiva de los profesionales de la salud” (Pastor et al, 2011) se destaca que los

profesionales de la salud no son conscientes de que una actitud profesional inadecuada puede incidir negativamente en la evolución del duelo de los padres, por otra parte los profesionales se sienten poco preparados para establecer una relación empática.

Los sentimientos manifestados por los profesionales entrevistados en el estudio anteriormente mencionado son de pena, ansiedad, inseguridad, resentimiento, culpa, rabia, sensación de fracaso e impotencia y están relacionados principalmente con no saber enfrentarse y manejar estas situaciones.

La sensación de fracaso y culpa son sentimientos a los que se enfrentan los obstetras del estudio y están muy ligados tanto a las semanas de gestación como a la relación médico- paciente. El sentimiento de culpa aumenta con las semanas de gestación, de manera que mientras más a término sea la pérdida más aumenta la vivencia de culpa.

Aquí se cita el testimonio de una Obstetra Partera (matrona) que habla de lo que ha sentido al enfrentarse a estas situaciones.

“...La mayoría de las veces olvidas el aspecto psicológico y te centras en los aspectos físicos, pero es porque careces de destrezas a la hora de enfrentarte a la situación y no sabes cómo actuar o qué decir, nos quedamos muy cortos en tener empatía con la mujer y su pareja...” citado por Pastor et al (2011).

La revisión de la bibliografía denota claramente carencia en cuanto a la formación para abordar estas situaciones por parte de los profesionales de la salud. Claramente tiene connotación en el profesional que asiste el proceso, con repercusiones a nivel personal y profesional.

Desgraciadamente, muy pocos están entrenados en el impacto psicosocial de este tipo de pérdidas. Muchos no están conscientes de sus responsabilidades éticas después de la muerte de un bebé. Hay un universo de trabajadores de la salud que carecen de la capacidad de entender la básica compasión humana y la empatía necesaria durante situaciones de crisis (Pancrazio, 1992) citado por Umamanita y el parto es nuestro, (2009).

“...Necesitamos formación y más formación para la asistencia en las muertes gestacionales y perinatales, no hay una asignatura en la carrera que nos indique la importancia del acompañamiento, saber escuchar, dar apoyo, ayuda en la toma de decisiones... somos muy buenos en la práctica clínica y eso es

importante pero... también lo és, el saber cómo ayudar a estos padres...” (Pastor et al, 2011).

“La literatura señala que dentro del personal de obstetricia y ginecología, parteras y enfermeras son una población especialmente vulnerable al burnout⁸, por las características propias de su rol de cuidado y a su alto compromiso con las mujeres que atienden. Sheen, Spiby y Slade plantean que para las parteras la necesidad de ocultar sus propios sentimientos ante un evento doloroso, para guardar una apariencia “profesional” y ajustarse a las reglas percibidas del clima institucional, origina altos niveles de estrés y contribuye al agotamiento emocional” (Cassidy et al, 2018).

El personal de salud está acostumbrado a un trato de reconocimiento por parte de los pacientes, entonces cuando ocurre una situación de esta magnitud se desborda.

En el momento que se realiza el diagnóstico se debe tener en cuenta que se está tratando con una familia iniciando su proceso de duelo, donde lo que buscan generalmente es un culpable, están llenos de bronca y preguntas que muchas veces no tienen respuesta, no obstante el profesional debe enfrentarse a esta situación, no siendo la que idealiza.

“...Traer vida al mundo es nuestro objetivo y no así bebés sin vida..”.

Por otra parte para el profesional de la salud también está la sombra amenazante de los juicios por mala praxis. Cuando esto ocurre es como consecuencia de la necesidad de esclarecimiento ante lo acontecido y ante las respuestas vagas, inconsistentes, que no logran tapan o cubrir el gran vacío de los padres.

Ante la pérdida, ¿acaso no le asiste a la madre el derecho a preguntar, a obtener una información clara?. Y, ¿no es acaso un deber el dar la información

⁸ “Es la respuesta a un estrés emocional crónico cuyos rasgos principales son el agotamiento físico y psicológico, una actitud fría y despersonalizada en la relación con los demás y un sentimiento de inadecuación en las tareas que se ha de realizar”. (Paul, y otros, 2018)

correspondiente?. Al mismo tiempo, ¿no es acaso del orden de la Ética el responsabilizarse por cada acto profesional? (Ciaravino et al, 2014).

Los estudios de anatomía patológica son muy movilizantes. Son generadores de fantasías paranoides, el cuerpo fragmentado del hijo, para estudio, despierta ideas terroríficas, ampliando lo fantasmático, estimulando las huidas fóbicas para distanciarse de la realidad.

“...No quise que le hicieran la autopsia. Que la dejen tranquila ya a la bebé...”.

Las situaciones de pérdida perinatal obligan a los profesionales a recurrir a mecanismos de defensa tales como distanciarse de los padres desolados a fin de proteger su propia vulnerabilidad emocional, al sentirse incapaces de acompañar y cuidar a la mujer y su pareja en este tipo de pérdidas (Pastor et al, 2011).

La experiencia internacional indica que una de las estrategias más significativas de prevención de la vulnerabilidad emocional, en los profesionales que trabajan con la muerte perinatal es la formación específica. Conocer y comprender la experiencia de pérdida de las familias, incluye el manejo de la información necesaria para proporcionar una atención adecuada, implica así mismo la presencia emocional y el apoyo necesario en las decisiones que los padres tengan que tomar.

La actitud del profesional, sus habilidades de comunicación, su sensibilidad y empatía, tienen un importante efecto en el proceso de duelo. Para los profesionales, conocer la forma más adecuada de proceder y relacionarse con las madres y padres en un momento tan doloroso más allá del saber técnico, contribuye al incremento de los sentimientos de autoconfianza, autocompetencia y seguridad; los tres íntimamente relacionados con el bienestar emocional ” (Cassidy et al, 2018).

LAS FAMILIAS Y LA MUERTE FETAL INTRAUTERINA

El intenso dolor por la muerte de un niño por nacer tiene registro en el aparato psíquico de la madre (Ciaravino et al, 2004). Tradicionalmente la literatura se ha centrado en el proceso emocional de los padres (especialmente la madre) (Cassidy et al, 2018).

Muchos estudios centrados en la mujer como protagonista del duelo por la muerte del hijo, y queda en el olvido que detrás de esa mamá también hay un papá, hermanos, abuelos, etc.

Ahora bien, pensemos en un padre que sufre la muerte de su hijo a punto de nacer ¿no puede llorar? ¿Debe ser la figura fuerte que sostiene a la madre derrumbada? La respuesta es no, este padre devastado por la muerte de su hijo también va a iniciar al igual que la mujer su proceso de elaboración del duelo. El también va a necesitar apoyo psicológico del equipo de salud.

En las últimas décadas, se ha contemplado la figura paterna poniendo de manifiesto un proceso similar al materno, y donde el papel ejercido de protección de la pareja impide, en muchas ocasiones, expresar y manejar los propios sentimientos. Por tanto, es fundamental considerar en todo el proceso no sólo a la mujer, sino también a la pareja (Serrano y Martínez, 2011).

“...Alguna frase tenía que escuchar de: ayúdala, cuidala, estate pendiente de ella... Y muchas veces pensaba “¿y yo? ¿Qué pasa conmigo? ¡Yo también he perdido a mi hijo!”. Sabía que ella lo estaba pasando peor que yo, su cuerpo se había preparado para criar a un bebé que había vivido con ella 39 semanas, y ese bebé ya no estaba con nosotros, se había marchado antes de tiempo. Pero me sentía muy incomprendido, como si la gente no se diese cuenta que yo también me había preparado para cuidar a un bebé, para ser un padre molón... Y ese bebé que había muerto ¡TAMBIÉN ERA MI HIJO!...”

Este es el relato de un papá que perdió a su hijo cuando su esposa cursaba un embarazo de término que venía sin complicaciones hasta ese momento. Y lo siguiente es un consejo que ese papá que pasó por esa situación quiso dar.

“...Si no has pasado por algo similar y conoces a alguien que está viviendo su duelo ante la pérdida de su hijo/a, te diría que aunque intentes “empatizar” no des consejos, porque puedes decir algo que duela mucho, aunque sea tu mejor intención. La frase “no os preocupéis, sois jóvenes” no te imaginas las veces que la escuché y lo mucho que me dolía, nuestro hijo no estaba con nosotros y ser joven no nos lo iba a devolver...” (Umamanita y el parto es nuestro, 2009).

A modo de finalizar quiero compartir un testimonio de una madre, en donde se pueden contemplar y reflexionar sobre todos los aspectos a tener en cuenta cuando nos encontramos frente a una muerte fetal, abordados en este trabajo monográfico.

“...Yo tuve un embarazo estupendo, todo iba muy bien. Sobre el 10 de enero y con 41 semanas de embarazo, viendo que no me ponía de parto decido irme a urgencias del maternal del Hospital, me ingresan no sin antes confundir mi expediente con una chica que iba de cinco meses y que tenía que ingresar en planta, pues bien, a mí una bóxer con cara de mujer me obligaba a ir a planta y a la otra chica a monitores...Por fin voy a monitores y tras una noche en el hospital deciden darme el alta y mandarme a casa (Nadie me hizo una eco, protocolos) Me citan para el día 18 (42.5 semanas) y por fin me hacen una eco, detectan oligoamnios, no tengo líquido amniótico porque mi placenta es muy vieja por lo prolongado del embarazo y no lo produce, la niña está bien, pero me ingresan para provocar el parto.

Me llevo todo el día 18 en monitores, previamente me rasuran el pubis con “mucha delicadeza” y con la puerta abierta...sin comentarios, por lo visto los monitores son muy importantes pero alguien decide a las 9.30 de la noche subirme a planta y SIN MONITORES, el parto ante un cérvix desfavorable tuvo que acabar en cesárea el mismo día pero...

Paso toda la noche en planta con mi marido y por fin comienzan las contracciones de parto, llamo varias veces a la celadora o la enfermera de guardia, me dicen que no son muy seguidas y que espere...por fin sobre las 6.30 me mandan de nuevo a monitores, la niña vive pero me desconectan los monitores...rompen la bolsa y meconio espeso...no hay líquido...no hacen nada, me dicen que no pasa nada...hay sufrimiento fetal pero no tengo monitores, me suben a ponerme la epidural pues ya estoy de cuatro cm. y me llevan a la sala de dilatación, en esto transcurre una media hora y yo no hago más que preguntar por el meconio pero ni caso, me despido de mi marido con un beso, creemos que va a nacer nuestra niñita y él llama a nuestros padres para que conozcan a su nieta...

sobre mi cama está el historial de otra chica cuyo bebé viene de nalgas y que probablemente sí tenía líquido amniótico, supongo que por eso no hicieron nada, cuando por fin me vuelven a monitorizar la niña ya estaba muerta...se había asfixiado por el meconio, entonces por fin veo a un doctor...hasta entonces ninguno me había hecho caso, nunca olvidaré la imagen de mi niña muerta en el ecógrafo...paso a paritorio y doy a luz a una niña de 2.940gr, totalmente normal, de la mano de mi marido que se desmaya pero nadie le atiende, me la sacan con ventosa y episotomía media, coincide el cambio de turno y me atiende una doctora que llora durante el parto...era sábado...me dice que he sido muy valiente y que la niña es normal que si quiero verla y que si queremos autopsia, a ambas cosas me niego, aún no he reaccionado, mi marido sí pide autopsia..

Me suben a planta...una especie de monja viene a hablar conmigo y me dice que son cosas del destino (será hija de puta, si a mi niña la han matado ellos) que somos jóvenes y podemos tener más (sí, pero no a mi niña) y le dice a mi marido, roto por el dolor, que me deje preñá en la cuarentena...para más tratan de meter una recién parida con su bebé en los brazos en mi misma habitación..." (Umamanita y el parto es nuestro, 2009).

Habiendo compartido este testimonio podemos ver claramente en donde radica la importancia de formarse para atender estas situaciones.

En este momento no quiero destacar los errores en cuanto a los aspectos clínicos biológicos solamente sino al abordaje completo de esta familia. Cuantas fallas en este relato, que manera de querer consolar a esa familia de una forma errónea.

Bien se cita en unas páginas más arriba, es mejor decir que no se sabe muy bien que decir, que hablar por hablar.

Luego de toda esta revisión bibliográfica puedo darme cuenta de la cantidad de aspectos que no se tuvieron en cuenta y que quedaron guardados en la psiquis de esa madre para toda la vida.

Recordemos: La forma en la que nos expresamos, nos movemos y actuamos quedarán guardadas en esa familia para toda la vida. Podemos contribuir a que esta situación sea por lo menos más llevadera para una familia que pierde a su bebé.

CONCLUSIONES

Luego de realizar la revisión bibliográfica, donde se encontraron una cantidad de protocolos y pautas así como investigaciones acerca del tema, se puede concluir lo siguiente.

Logré conocer recomendaciones y pautas generales sobre cómo abordar las situaciones donde hay óbito fetal, tanto de aspectos biológicos como psicosociales. Me llamó la atención que solamente se encontró una guía para el manejo de óbito fetal para Montevideo. Aquí radica la importancia de crear pautas y protocolos para Uruguay ya que es importante saber cómo abordar estas situaciones, más específicamente en nuestro País, ya que hay acciones que son específicas de cada lugar.

Es importante por tanto a modo general:

Contener a la mujer y su familia, que viven el impacto de este acontecimiento de manera tan negativa, evacuar la cavidad uterina, prevenir las complicaciones maternas y de existir una patología, tratarla a fin de evitar repercusiones maternas.

En cuanto a los objetivos específicos, se encontraron una cantidad de protocolos y pautas seguras para el manejo, ya que los protocolos abordan la muerte fetal desde un abordaje integral que es lo que se buscaba con este trabajo, se encontró información acerca de los profesionales de la salud y este proceso así como de las familias y sus vivencias, por tanto estoy muy satisfecha con los resultados y se contestaron las preguntas pautadas cuando surgió la idea de este trabajo.

Los pasos a seguir cuando nos encontramos ante la sospecha de óbito fetal son los siguientes:

-Ingreso al servicio de salud

- Diagnóstico clínico presuntivo
- Diagnóstico de certeza mediante confirmación ecográfica
- Diagnóstico etiológico
- vía de finalización de la gestación

Toda la bibliografía consultada recomienda la vía vaginal de elección siempre con excepción de los casos en que se comprometa la salud materna, es decir cuando hay:

Hemorragia, preeclampsia, cirugía previa del cuerpo uterino, situación transversa, desprendimiento de placenta normo inserta, feto macrosómico, inducción fallida o cérvix no favorable, signos de infección, rotura de membranas o coagulopatía, cuando el nivel de fibrinógeno descienda por debajo de 200 mg/dl y cuando el estado emocional de la madre así lo aconseje.

Se recomienda que la cesárea se emplee solamente en circunstancias de emergencia y urgencia no iatrogénicas porque está potencialmente asociada con morbilidad materna y no hay ningún beneficio para el bebé en casos de muerte intrauterina.

El parto vaginal les da tiempo a los padres a empezar a hacerse a la idea de que su bebé ha muerto, pero además de esto evita todo lo que supone la recuperación de una cesárea y también posibles problemas para partos futuros ya que el índice de muerte perinatal aumenta con cesáreas anteriores

El parto vaginal puede ser de inicio espontáneo cuando se toma una conducta expectante o de inicio inducido cuando se toma una conducta activa mediante inducción farmacológica, hay diferentes métodos que se pueden utilizar para la inducción farmacológica actualmente los más utilizados son las prostaglandinas y oxitocina, la elección de cuál emplear dependerá de las condiciones del cérvix uterino, es decir su grado de madurez, así como también de la edad gestacional.

La vía de finalización de la gestación, dependerá de diferentes aspectos entre los que se encuentran, la edad gestacional, la historia materna y las preferencias de la madre así como la práctica clínica más habitual en cada centro.

Cuando una madre y un padre atraviesan la muerte de un hijo, al enterarse de la noticia es cuando comenzarán a elaborar su proceso de duelo. Para elaborar ese proceso de forma natural y que no se vuelva patológico hay muchas acciones que podemos tomar para contribuir al mismo.

Para comunicar la mala noticia, hay una serie de pautas a tener en cuenta, el cómo, cuando y donde marcarán a esa familia, los gestos las palabras y la postura son muy importantes para contribuir de manera positiva a esa elaboración del duelo.

Luego en el proceso es necesario saber que la familia necesita apoyo psicológico por parte del equipo de salud, identificar la habitación para que todo el personal sepa que en esa sala se está llevando a cabo un proceso con muerte fetal. Y elegirle una habitación separada de llantos de recién nacidos.

Estar presente durante el proceso para lo que la familia necesite. Hablar claro y sin tecnicismos a fin de que entiendan lo que se les explica. Darles tiempo para la toma de decisiones, debemos recordar que son muchas decisiones las que deben tomar en poco tiempo. No llamar al hijo de feto sino por su nombre. Indagar sobre si quieren ver a su hijo una vez que nazca, esto podría contribuir al proceso de duelo, de hecho está comprobada su eficacia.

Para el parto, utilizar la analgesia que esté a nuestro alcance, así como el alivio no farmacológico del dolor, no administrar ningún fármaco que haga que la madre pierda la conciencia, ya que es muy importante que esté lucida al momento del contacto con el bebé.

No apresurar el momento del pujo, guiar cuidadosamente, cuidar el tono de voz. La madre puede que no quiera pujar por sentir que si nace es el final, por otra parte muchas veces guardan la esperanza de que todo sea un error y el

hijo esté vivo. Debemos recordar que aunque no tenga vida igual sigue siendo el hijo deseado y esperado por los padres.

Se debe realizar la necropsia y análisis anatomopatológico de la placenta con autorización de los padres a fin de contribuir al diagnóstico etiológico, ya que el riesgo de recurrencia es alto cuando hubo muerte fetal.

Preparar al óbito una vez que nace para que los padres tengan un recuerdo lindo dentro de lo que se pueda, lavar su cara y envolver el cuerpo en un campo limpio o ropa que proporcione la familia, con cara descubierta.

El equipo de salud se ve afectado por estas situaciones, la mayoría no sabe cómo manejarse, creen que falta formación académica sobre todo para abordar los aspectos psicosociales, ya que muchas veces se centran en lo físico porque es para lo que se formaron y olvidan los aspectos psicológicos de las familias.

Como para finalizar mi deseo es que este trabajo sea el puntapié para que futuras colegas ahonden en estos aspectos ya que si bien no se cuenta con la formación académica suficiente o por lo menos yo lo sentí así, hay muchos protocolos y estudios a los que se puede acceder fácilmente y ayudan muchísimo al desempeño. Siendo Interna de Obstetra Partera hoy me siento lograda al haber podido implementar muchas de estas acciones en estas situaciones devastadoras, para el que lo vive y de cierta manera para el que acompaña a las familias en este proceso.

BIBLIOGRAFÍA

1. ESCUELA DE PARTERAS. "Perfil académico, profesional, ético y laboral del/la Obstetra Partera/o". Montevideo. Recuperado el 20/06/2020 en <http://www.escuparteras.fmed.edu.uy/sites/www.escuparteras.fmed.edu.uy/files/Plan/Perfil%20y%20Competencias%20de%20la-del%20Obstetra-Partera.pdf>
2. Defey D; Diaz JL; Friedler R; F; Nuñez M; Terra C. (1992). *duelo por un niño que muere antes de nacer*. 2ªed, Montevideo: Roca Viva.
3. Rincón A; Chacin de Rincón B. (1999) *INHIBICION DE LA LACTANCIA CON CABERGOLINA. EFECTOS SOBRE LOS SÍNTOMAS Y SOBRE EL NIVEL DE PROLACTINA*. Mérida: Hospital Universitario de Los Andes. Recuperado el 5/5/2020 en https://www.researchgate.net/profile/Angel_Rincon3/publication/44534234_Eficacia_de_la_cabergolina_en_la_inhibicion_de_la_lactancia_materna_IAHULA_abril_1998_-_mayo_1999_Angel_Gabriel_Rincon_Garcia/links/591de2eb45851540595d8eb3/Eficacia-de-la-cabergolina-en-la-inhibicion-de-la-lactancia-materna-IAHULA-abril-1998-mayo-1999-Angel-Gabriel-Rincon-Garcia.pdf
4. Ciaravino H; Borges T; Castro G; Dingevan V; Saleme C.(2004). "MUERTE FETAL". *REVISTA DE LA FACULTAD DE MEDICINA*, San Miguel de Tucumán, vol 5 - Nº1,pp21-28. Recuperado el 28/04/2020 en http://www.fm.unt.edu.ar/Dependencias/revistafacultad/vol_5_n_1_2004/pagina21-28.pdf

5. Tapia R, (2005). *NORMA Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004, En materia de información en salud*. Mexico. Recuperado el 2/05/2020 en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/040ssa204.html>
6. Schwarcz, R.; Fescina, R.; Duverges, C.(2005). *OBSTETRICIA*. 6ª ed BUENOS AIRES : EL ATENEO .
7. Ovalle, A; Kakarieka, E; Correa, E; Vial, M; Aspillaga, C. (2005). “ESTUDIO ANÁTOMO-CLÍNICO DE LAS CAUSAS DEMUERTE FETAL”. *REV CHIL OBSTET GINECOL* , Chile, pp 303-312. Recuperado el 28/04/2020 en <https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-75262005000500005>
8. Méndez, F; Rodriguez G. (2007). *ÓBITO FETAL GUIA DE MANEJO PARA MONTEVIDEO*. Montevideo Uruguay. Recuperado el 25/4/2020 en http://www.medicinalegal.edu.uy/bibliografia/archivos/prot_derobitnacper.pdf
9. El Senado y la Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay. (2007). *SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD, Ley 18.211*. Montevideo. Recuperado el 15/01/2020 en <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp6595675.htm>
10. Bajo Arenas, JM; Melchor, JC; Mercé, LT. (2007). *FUNDAMENTOS DE OBSTETRICIA (SEGO)*. MADRID: Grupo ENE Publicidad, S.A.
11. Vogelmann R; Sánchez J; Sartori M, S; Speciale J. (2008). “MUERTE FETAL INTRAUTERINA”. *Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina*. N° 188 , 10-7. Recuperado el 28/05 en https://med.unne.edu.ar/revistas/revista188/4_188.pdf
12. Umamanita y El Parto es Nuestro . (2009). *GUÍA PARA LA ATENCIÓN A LA MUERTE PERINATAL Y NEONATAL*. Madrid: UMAMANITA. Recuperado el 20/05/2020 en <http://www.ascalema.es/wp-content/uploads/2014/10/El-parto-es-Nuestro-y-Umamanita.->

[Gu%C3%ADa-para-la-atenci%C3%B3n-a-la-muerte-perinatal-y-neonatal..pdf](#)

13. MOLINA, SAULO, ALFONSO, & ALEJANDRA, D. (2010). "Muerte fetal anteparto: ¿es una condición prevenible?" *Universitas Medicas* , Colombia. vol 51 no 1 pp 59-73. Recuperado el 20/04/2020 en <https://www.redalyc.org/pdf/2310/231018676006.pdf>
14. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2010). Late Intrauterine Fetal Death and Stillbirth. 1-33. Consultado 28/5/2020 en https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg_55.pdf
15. Secretaría de salud. (2010). *Diagnóstico y Tratamiento de la Muerte fetal con Feto Único*. México: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Recuperado el 20/03/2020 en http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/567_GPC_Muertefetalconfetounico/567GRR.pdf
16. Fescina, RH; De Mucio, B; Díaz Rossello, JL; Martínez, G; Serruya, S; Durán, P. (2010). *GUIAS PARA EL CONTINUO DE ATENCIÓN DE LA MUJER Y RECIÉN NACIDO FOCALIZADAS EN APS*. 3ª ed Montevideo: Central de Impresiones Ltda.
17. Cunningham, L; Leveno, K; Bloom S; Rouse; Spong, D. (2011). *Williams Obstetricia*. 23a edición. México: The McGraw-Hill Interamericana,
18. LANCET. (2011). Muerte Fetal Intrauterina. *THE LANCET* , 1-8. Recuperado el 25/5/2020 en <https://www.healthynewbornnetwork.org/hnn-content/uploads/stillbirths-spanish.pdf>
19. Martínez P. (2011). *Morir antes de nacer. Experiencias de madres y padres en situación de muerte intraútero y de los profesionales la atención al proceso de parto*. Madrid: Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología).

20. Pastor, S; Romero, J; Hueso, C; Lillo, M; Vacas, Ana; Rodriguez M. (2011). "La vivencia de la pérdida perinatal desde la perspectiva de los profesionales de la salud." Córdoba :*Rev. Latino-Am. Enfermagem* , 8 p. Recuperado 10/05/2020 en https://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n6/es_18.pdf
21. Fazio, L. (2013). "Bancos de leche humana en Uruguay." + *cerca (Revista de salud del Casmu)* Montevideo pp 24-26. Recuperado el 20/06/2020 en <http://casmu.com.uy/wp-content/uploads/2017/08/Banco-de-leche.pdf>
22. González, S; Suarez, I; Polanco, F; Ledo, MJ; Rodriguez E. (2013). "Papel de la Matrona en el manejo del duelo perinatal." *Cad Aten Primaria* , vol 19, pp 113-117. Recuperado el 26/05/2020 en https://www.agamfec.com/pdf/CADERNOS/VOL19/vol_2/ParaSaberDe_vol19_n2_2.pdf
23. Pastor, S; Romero, J; Castro, O; Paramio, J; Toledano, A; Ortigón, J. (2013). "Buenas prácticas en atención a la pérdida perinatal." *PARANINFO DIGITAL, MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD* , Granada, VOL N 19, ISSN: 1988-3439 Recuperado 15/06/2020 en <http://www.index-f.com/para/n19/095o.php>
24. Diago ,V; Perales Puchalt, A; Cohen, M; Perales Marin, A. (2013). *Muerte fetal tardía*. Madrid: Libro blanco de la muerte subita infantil pp 29-36. Recuperado el 15/06/2020 en https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/libro_blanco_muerte_subita_3ed_1382443264.pdf
25. Sepúlveda, A; Valdés, E; Hasbun, J; Salinas, H; Castillo, S; Parra Cordero, M. (2014). "Serie guías clínicas: Manejo de feto muerto in utero." *Rev Hosp Clín Univ Chile* , Chile, vol 25, pp 163-177. Recuperado el 18/05/2020 en https://www.researchgate.net/profile/Alvaro_Sepulveda-Martinez2/publication/277332272_Serie_guias_clinicas_Manejo_de_feto

[_muerto in utero/links/556f7fda08aeccd77741615f/Serie-guias-clinicas-Manejo-de-feto-muerto-in-utero.pdf](https://www.minsalud.gub.uy/links/556f7fda08aeccd77741615f/Serie-guias-clinicas-Manejo-de-feto-muerto-in-utero.pdf)

26. Ministerio de Salud Pública. (2014). *MANUAL PARA LA ATENCIÓN A LA MUJER EN EL PROCESO DE EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO*. Uruguay: Ministerio de Salud Pública.
27. Ramírez, M.; Ramírez, O. (2015). Cómo comunicar malas noticias en la práctica médica. *aten fam* , México, Vol 22 pp 95-96. Recuperado 15/06/2020 en https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=C%3%B3mo+comunicar+malas+noticias+en+la+pr%C3%A1ctica+m%C3%A9dica&btnG
28. Jaione, L. (2016). *GUÍA PARA LA ATENCIÓN A LA MUERTE PERINATAL*. Navarra: Trabajo final de grado. Recuperado el 15/05/2020 en <https://www.umamanita.es/wp-content/uploads/2015/06/2011-Pastor-y-Romero-La-vivencia-de-la-perdida-perinatal-desde-la-perspectiva-de-los-profesionales-de-la-salud.pdf>
29. Villasis, MA. Actualización de las causas de mortalidad perinatal: la OMS publicó en 2016 el ICE-PM: *Revista Mexicana de Pediatría*, México, vol 83 pp 105-107. Recuperado el 10/05/2020 en <https://pdfs.semanticscholar.org/a56d/3ea1b6a3cd1f365d0f4a5b3b387cd69e86a7.pdf>
30. Contreras, M; Ruiz, B; Orizaola, A. (2016). "*PROTOCOLO-GUIA MUERTE FETAL*." Madrid: Publicaciones Humamanita. pp 1-30. Recuperado 15/05/2020 en <https://www.redelhuecodemivientre.es/wp-content/uploads/PROTOCOLO-HUMV-2016.pdf>
31. Cassidy, P; Roncallo, P; Escudé, A; Maldonado, S; Cassidy, J (2018). *MUERTE Y DUELO PERINATAL*. Madrid: *Umamanita* , pp 41-55. Recuperado el 15/05/2020 en <https://www.umamanita.es/category/recursos/revista-muerte-y-duelo-perinatal/>

32. Beltramo, P; Gutiérrez, C; Rodríguez, Á; Maciel, N. (2018). "Mortalidad prenatal en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, Montevideo.", Análisis de 845 casos de autopsia entre 2005 y 2016. Montevideo: *Archivos de Pediatría del Uruguay* , vol 89, 5-14.
33. Cassidy, P. (2018). *La Muerte y el Duelo perinatal en Contexto Sociocultural*. Girona: Umamanita. ISBN 978-84-09-03-812-1
Recuperado el 16/05/2020 en <https://www.umamanita.es/wp-content/uploads/2018/11/Cap.-0-Informe-Umamanita-Introduccio%CC%81n-La-Muerte-y-El-Duelo-Perinatal-en-Contexto.pdf>
34. Hernández, A; Jiménez, F. (2018). "Uso de macro dosis de oxitocina en mujeres con óbito fetal." *Enfermería actual en Costa Rica* , Costa Rica. pp127-145. ISSN 1409-4568. Recuperado el 25/5/2020 en https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-45682018000100127
35. Aranda, M; Sánchez, M; Sánchez, D. (2019). " Información y consejería en el duelo perinatal." *Rev. Latin. Perinat.* Madrid, Madrid vol 22 pp 155-161. Recuperado el 25/06/2020 en http://revperinatologia.com/images/2_RLP_Vol_22_3_2019.pdf