

MUERTE FETAL INTRAÚTERO: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO EN UNA UNIDAD DE URGENCIAS OBSTÉTRICAS.

AUTORÍA

Salguero Cabalgante, Rocío*
Gallardo Trujillo, Carmen*

*Matronas, Hospital Universitario Virgen del Rocío,
Sevilla.

RESUMEN

Uno de los acontecimientos más felices para las familias es el nacimiento de un hijo, sin embargo, algunos embarazos terminaran en muerte perinatal.

Desde el punto de vista etiológico las causas de mortalidad con origen fetal son responsables de un 25-40% del total, las placentarias un 25-35% y las maternas de un 5-10%. Dentro de las causas placentarias, el desprendimiento prematuro de placenta nomoinserta (en adelante, DPPNI) es la patología más frecuente.

Se expone el caso de una gestante a término que ingresa en nuestra Unidad con DPPNI con resultado de muerte fetal intraútero, describiendo los cuidados de enfermería realizados por el equipo de Urgencias Obstétricas, indicando la importancia de nuestro colectivo en la atención al duelo perinatal.

PALABRAS CLAVE

Muerte fetal intraútero, DPPNI, duelo perinatal

TITLE

INTRAUTERINE FETAL DEATH: A CLINICAL CASE
REPORT ON AN OBSTETRICAL EMERGENCY AREA.

ABSTRACT

One of the happiest events for families is the birth of a son, though some pregnancies ended in perinatal death.

From the point of view etiological, mortality causes with fetal origin are responsible for 25-40% of the total, placental origin for 25-35% and maternal origin for 5-10%. Abruptio placenta is the most common pathology for the placental causes.

We describe the case of a pregnant woman, who was admitted to our Unit with abruptio placentae resulting in intrauterine fetal death, describing nursing care carried out by the team of Emergency Obstetric, indicating the importance of our collective in the management of perinatal grief.

KEYWORDS

Intrauterine fetal death, abruptio placentae,
perinatal grief

CASO CLÍNICO

Primigesta de 39+5 semanas de gestación que acude al servicio de Urgencias de nuestro Hospital presentando:

- Metrorragia de 2 h de evolución.
- Disminución de movimientos fetales.
- Dolor abdominal, verbalizado como leve.
- Nerviosismo.

La evolución del embarazo ha sido satisfactoria, siendo controlada por matrona y ginecología del área sanitaria. No presenta alergias conocidas. Actualmente toma complejo multivitamínico (Gestagyn).

Valoración por el equipo obstétrico:

A su ingreso en el área de triage, se encuentra consciente, orientada en tiempo y espacio, preocupada por la evolución de su embarazo. Se encuentra termodinámicamente estable con constantes vitales dentro de la normalidad: TA. 126/79, FC: 108 lpm. En la exploración física, tras palpación abdominal, la matrona encargada detecta hipertonia uterina, por lo que decidimos avisar ginecología de urgencia para valoración materno-fetal. Se confirma existencia de metrorragia que ese momento era abundante. No conseguimos auscultación de latido cardíaco mediante doppler.

Tras valoración ecográfica por ginecología, se confirma área de desprendimiento placentario del 75% con hematoma retroplacentario y resultado de muerte fetal intraútero.

Diagnóstico médico: Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta con resultado de muerte fetal intraútero.

Tratamiento médico: El estado materno y la viabilidad fetal son las consideraciones más importantes que van a influir sobre la decisión a tomar. En este caso, se ingresa a la gestante en Unidad de Dilatación; posteriormente ante cambio en la situación clínica por metrorragia abundante, se decidió terminación por cesárea por riesgo de complicación materna.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

DdE: Riesgo de déficit de volumen de líquidos R/C pérdidas excesivas por sangrado vaginal.

NOC: 0601 Equilibrio hídrico

Indicadores:

- Pulsos periféricos palpables.
- Ausencia de hipotensión ortostática.
- Hidratación cutánea.

NIC: 4180 Manejo de la hipovolemia

- Observar si hay indicios de deshidratación (poca turgencia de la piel, retraso del llenado capilar, pulso débil, sed severa, sequedad de membranas y mucosas, disminución de diuresis o hipotensión).
- Vigilar signos vitales.
- Vigilar pérdidas de líquidos (hemorragia, vómitos, diarreas, transpiración y taquipnea).
- Mantener vía permeable.
- Mantener un flujo de perfusión intravenosa constante.

DdE: Ansiedad R/C cambio en el entorno y estado de salud

NOC: 1402 Control de la ansiedad

- Busca información para reducir la ansiedad

NOC: Control del dolor

- Reconoce el comienzo del dolor
- Refiere síntomas al profesional sanitario

NIC: 5820 Disminución de la ansiedad

- Proporcionar información objetiva respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico
- Escuchar con atención.
- Crear un ambiente que facilite la confianza.
- Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.

NIC: 1400 Manejo del dolor

- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad.
- Proporcionar información acerca de del dolor; tales como causa de dolor; tiempo que durará y las incomodidades que se esperan debido a los procedimientos.
- Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua de la experiencia dolorosa.

DdE: Riesgo de duelo complicado en los padres R/C dificultad de aceptación de dicha pérdida.

NOC: 1304 Resolución de la aflicción

Indicadores:

- Expresan sentimientos sobre la pérdida
- Verbalizan la realidad de la pérdida

NOC: 1305 Modificación psicosocial: cambio de vida

Indicadores

- Expresiones de sentimientos permitidas.
- Mantenimiento de la autoestima.

NIC: 5294 Facilitar el duelo: muerte perinatal

- Discutir sobre grupos de apoyo y recursos disponibles si procede.
- Discutir sobre las diferencias que hay entre las formas femeninas y masculinas de aflicción, si procede.
- Discutir las características de la aflicción normal o anormal, incluyendo factores desencadenantes que precipitan sentimientos de tristeza.
- Proporciona una guía anticipada acerca de la reacción de aflicción por la muerte perinatal.

NIC: 5230 Aumentar el afrontamiento

- Evaluar la capacidad de la usuaria y su pareja para tomar decisiones.
- Disponer de un ambiente de aceptación.
- Ayudar a la pareja a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento.

DISCUSIÓN

El concepto de muerte perinatal designa en España el número de muertes que se producen desde la semana

28 de gestación (muerte fetal tardía) hasta los primeros 28 días de vida (muerte neonatal).

Dentro de las causas de muerte fetal intraútero de causa placentaria, el DPPNI es la patología más frecuente, con una prevalencia en torno al 0.8%-0.12% de las gestaciones totales. Se debe a la separación de la placenta de su inserción en la decidua previa al nacimiento fetal. Puede presentarse con una gran variedad de presentaciones, desde casos leves hasta casos graves que presentan alta mortalidad perinatal relacionada con anoxia fetal, hemorragia fetal y prematuridad. La etiología es desconocida, aunque parece ser debida a defectos en la decidua y los vasos uterinos que favorecerían la disrupción útero-placentaria. Se han descrito una serie de factores asociados a esta patología: Hipertensión arterial (HTA) materna, factores genéticos, multiparidad, edad avanzada, traumatismos, hábitos tóxicos, trombofilias y rotura prematura de membranas. La triada clínica fundamental es el dolor abdominal, la hemorragia genital y la hipertonía uterina. La intensidad de presentación de los síntomas suele ser proporcional al grado de desprendimiento. 1

La hemorragia genital es el síntoma más frecuente, no existiendo relación entre la cantidad de sangre exteriorizada y la pérdida total. En contrapartida, el dolor abdominal, es el síntoma menos frecuente sólo estando presente en menos del 60% de los casos. Se presenta como un dolor de aparición brusca y de evolución variable. En la mayoría de los casos, no hay una relajación uterina produciéndose hipertonía uterina. 1

El estado materno y la viabilidad fetal son las consideraciones más importantes que van a influir sobre la decisión terapéutica a tomar. Ante la existencia de un feto muerto, la actitud terapéutica va a ser la estabilización clínica y la finalización de gestación según las condiciones obstétricas y en función del estado hemodinámica materna.

Tras la estabilización clínica de la gestante, es imprescindible centrar nuestra actividad en la atención al duelo perinatal. El duelo perinatal sería el que ocurre en las muertes producidas entre las 28 semanas de gestación y los primeros 28 días de vida.2

El duelo que se produce como consecuencia de una muerte perinatal se trata de un proceso complejo, difícil de elaborar porque es poco valorado socialmente ni expresado de forma abierta como cualquier otra pérdida de un ser querido. Es reconocido por los autores como uno de los eventos vitales más estresantes que un adulto puede experimentar, al tratarse de un "duelo olvidado". Olvidado por el sistema sanitario que durante muchos años ha cerrado los ojos a esta realidad negando a los padres la posibilidad de ver a su hijo muerto y olvidado por la propia pareja, porque la negación y el paso del tiempo por sí solos no logran sanarlo.

Aún existe falta de conocimientos y habilidades profesionales, así como escasez de recursos sociales, lo que hace que la actuación profesional en muchas ocasiones se centre en conductas de evitación, distanciándose de los padres, o bien se produzcan conductas de sobreimplicación. La actitud profesional va a influir en la elaboración del duelo por los padres y su entorno3, por lo que resulta necesario saber qué decir o hacer en los primeros momentos para evitar un duelo complicado.

Depresión, ansiedad, irritabilidad, cambios en los patrones alimenticios y de sueño y preocupación por la pérdida del recién nacido son las respuestas tempranas normales a la pérdida perinatal. Los padres que han perdido a un ser querido se consideran un grupo de alto riesgo para el duelo complicado⁴.

Los estudios consultados recomiendan que la intervención realizada desde el ingreso de la gestante sea multidisciplinar, debiendo individualizarse en función de las características propias de cada familia. Las intervenciones deberían iniciarse durante la estancia hospitalaria, requiriendo un seguimiento posterior en el ámbito de la Atención Primaria.⁵ La información proporcionada a los padres por parte del personal implicado debe ser clara, haciéndolos partícipes en la toma de decisiones. Esta intervención va dirigida a que las familias sientan control de la situación. Uno de los estudios consultado ha demostrado que los padres muestran menos irritabilidad y menos síntomas físicos (insomnio, anorexia o depresión) cuando se les involucra en la toma de decisiones, en comparación con un grupo control.⁶ La evidencia científica pone de manifiesto la importancia de permitir a los padres la expresión de sus deseos, temores y necesidades, ya que las familias que utilizan una comunicación abierta y expresan sus

sentimientos, consiguen una mayor adaptación a la situación producida⁷ respecto a otras que aplican en cambio un modelo de negación o de supresión de sentimientos.

CONCLUSIONES

La singularidad de la atención obstétrica radica en atender a pacientes jóvenes, con poca comorbilidad y altas expectativas de éxito con el resultado asistencial. Sin embargo, se presentan situaciones patológicas con elevada morbilidad asociada como el caso de DPPNI que pueden desencadenar en una muerte fetal anteparto. Esta situación si bien es extraordinaria se considera una situación extremadamente difícil para la mujer y familia implicada y para el equipo sanitario que les atiende.

La actitud profesional ante los casos de muerte perinatal debe ir dirigida a saber escuchar y comprender la situación producida. Los profesionales implicados en esta situación deben ser conscientes que la intervención hospitalaria es básica para ayudar a los padres a asimilar la pérdida de su hijo durante el espacio de tiempo que cada familia requiera.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bajo Arenas JM, Melchor Marcos JC, Mercé LT. Fundamentos de Obstetricia (SEGO). Madrid: 2007.
2. Mejías Paneque MC. Abordaje del duelo perinatal. *Metas de Enferm.* 2011; 14(5): 58-61.
3. Gold KJ. Navigating care after a baby dies: a systematic review of parent experiences with health providers. *J Perinatology.* 2007; 27(4): 230-7. Citado en PubMed PMID 17377604.
4. Vicki Flenady, Trish Wilson. Apoyo a madres, padres y familias después de la muerte perinatal (Revision Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 1 Art no. CD000452. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
5. López García AP. Duelo perinatal: Un secreto dentro de un misterio. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 2011; 31 (109): 53-70.
6. Murray JA, Terry DJ, Vance JC, Battistutta D, Connolly Y. Effects of a program of intervention on parental distress following infant death. *Death Stud.* 2000; 24(4): 275-305. Citado en PubMed PMID 11010730.
7. Grupo de trabajo de Asociación Unamita y El Parto es nuestro. Guía para la atención a la muerte perinatal y neonatal. Madrid: Asociación El parto es Nuestro; 2009.