

Éxitus fetal e interconsulta psiquiátrica: una revisión

Foetal exitus and psychiatric consultation: a review

C. Surribas, B. Gómez-Vicente, M^aG. Lasheras, JM^a Farré.

Resumen

El propósito de este artículo es llamar la atención sobre una demanda asistencial en interconsulta psiquiátrica cada vez más frecuente (15,3% de las interconsultas cursadas, de un total de 85, por el Servicio de Ginecología y Obstetricia de nuestro Instituto durante el período 2003-2007) que afecta a los padres, pero cuyo abordaje profesional en lo que concierne a nuestra especialidad no cuenta en muchas ocasiones con unanimidad de criterios: la elaboración del duelo en la muerte perinatal y su patología.

Pocas entidades clínicas como ésta ponen de manifiesto la necesidad del tratamiento multidisciplinar y del buen ensamblar terapéutico. Dejar un punto de reflexión que colabore en la llamada a la creación de un consenso terapéutico establece la segunda intención del presente artículo.

Palabras clave: Muerte perinatal. Interconsulta psiquiátrica. Aportaciones de los padres. Aportaciones de los profesionales.

Summary

The intention of this article is to draw attention to the increased demand for the services of psychiatric consultation for affected parents (15.3% of consultations processed were referred by the Gynaecology & Obstetrics services to our Institute in the period 2003 - 2007) In this case, however, on many occasions the professional approach of the psychiatric specialists doesn't have agreed criteria's: The elaboration of grief of perinatal death and their pathology.

There are very few clinical entities like this one that demonstrate the necessity for multi-discipline treatment and have developed a good therapeutic assemble.

To leave a point for reflection that collaborates in the need to create one therapeutic consensus is the second intention of this article.

Key words: Perinatal death. Psychiatric consultation. Contribution of the parents. Contributions of the professionals.

Servicio de Psiquiatría, Psicología y Medicina Psicosomática.
USP Instituto Universitario Dexeus.

Correspondencia: Dr. Conrad Surribas Figuls
USP-Institut Universitari Dexeus
C/ Sabino Arana, 5-19 3^a planta Consultas Externas Psiquiatría
08028 Barcelona
e-mail: c.surribas@telefonica.net

1. INTRODUCCIÓN

1.1. CONCEPTUALIZACIONES

El término período perinatal incluye un intervalo de tiempo *antes, durante y después* del nacimiento. Las definiciones de la SEGO (7) (Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología, 1993) conceptualizan la muerte perinatal en los siguientes ítems:

1.1.1. Muerte fetal: Es la muerte del producto de la concepción antes de la expulsión o su extracción del cuerpo de la madre, independientemente del tiempo del embarazo.

1.1.1.a. Muerte fetal temprana: Es toda muerte que se produce in útero desde la concepción, hasta las 22 semanas de gestación (aborto). Incluye los fetos que pesan menos de 500 g.

1.1.1.b. Muerte fetal intermedia: Es toda muerte fetal que tiene lugar entre las 22 y 28 semanas de gestación (con pesos fetales entre 500 y 999 g).

1.1.1.c. Muerte fetal tardía: Es toda muerte que se produce a partir de las 28 semanas de gestación, incluye a todos los fetos que pesan 1000 o más g. al nacer.

1.1.2. Muerte infantil: Se consideran las muertes que se producen en el primer año de vida.

1.1.2.a. Muerte neonatal: Es la muerte de un recién nacido dentro de las primeras cuatro semanas de vida.

– Precoz: Comprende los RN muertos dentro de los 7 primeros días de vida (168 horas).

– Tardía: Incluye los RN muertos desde los 7 días completos hasta los 28 días completos de vida.

1.1.2.b. Muerte postnatal: Incluyen las muertes que se producen desde los 28 días hasta los 364 días completos de vida.

1.1.3. Muerte perinatal:

1.1.3.a. Mortalidad perinatal I: Es aquella que abarca las muertes desde la semana 28 de gestación o 1000 g. hasta los 7 primeros días de vida.

1.1.3.b. Mortalidad perinatal II: Abarca las muertes desde las 22 semanas de embarazo, hasta

los 28 días de vida. También llamada “Ampliada” y definida por la Federation International Gynecology and Obstetrics (4) (FIGO).

En el presente artículo se atiende la muerte perinatal como la mortalidad fetal tardía, más la mortalidad neonatal precoz.

1.2. EPIDEMIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO

Se han asociado factores de riesgo a la muerte perinatal, mediante estudios epidemiológicos, pudiéndose establecer la siguiente relación en forma de grupos categorizados (Carrera (2)).

1.2.1. Factores maternos no modificables en el momento de conocerse el embarazo:

– Edad materna: en mujeres de menos de 20 y de más de 35 años.

– Historia obstétrica anterior de pérdida fetal, o neonato con defecto cromosómico.

– Enfermedades sistémicas: hipertensión, diabetes, enfermedades renales crónicas...

– Somatometría materna: bajo peso, talla inferior a 150 cm

– Carga genética: traslocación, enfermedad autosómica dominante.

1.2.2. Factores fetales:

– Sexo masculino y gestaciones múltiples.

– Anormalidad cromosómica.

– Bajo peso natal y macrosomas.

1.2.3. Factores sociodemográficos:

– Étnicos: Raza no blanca.

– Clase social baja y bajo nivel de educación.

– Estado civil: solteras.

1.2.4. Factores externos durante el embarazo, que están bajo el control directo de la embarazada:

– Uso de alcohol, tabaco y fármacos.

– Aumento excesivo de peso.

– Trabajo y gasto de energía excesivos.

1.2.5. Factores externos importantes durante el embarazo, que no están bajo el control directo de la embarazada:

– Complicaciones placentarias y funiculares.

- Anomalías congénitas.
- Complicaciones médicas.
- Enfermedad hipertensiva del embarazo.
- Infección intrauterina.
- Eritroblastosis fetal.
- Desconocida.

En nuestra casuística, durante el período 2003-2007, de un total de 85 interconsultas realizadas por el Servicio de Ginecología y Obstetricia el 15,3% lo fueron por fallecimiento perinatal. Siendo las entidades clínicas causantes: Enfermedad hipertensiva del embarazo (5,55%), anomalías congénitas (5,55%), complicaciones placentarias y funiculares (11,11%), infecciones intrauterinas (11,11%), y en su mayor parte desconocidas (66,6%).

1.3. MODELOS CLÍNICOS ANTE LA REACCIÓN DE DUELO

Algunos autores han establecido que las madres y los padres presentan un intenso duelo después de la muerte perinatal, en contra de apreciaciones anteriores que lo situaban en un significado emocional más leve.

La aplicación de los modelos adaptativos a la pérdida de autores como Bowlby (1) –que incluyen fases evolutivas que van desde el shock inicial, pasando por sentimientos de ira, rabia, de culpa, contenidos de características depresivas, hasta una aceptación reorganizativa– son aplicables al duelo perinatal.

2. DUELO Y FALLECIMIENTO PERINATAL

2.1. Impacto afectivo

2.1.1. *Sensaciones de irrealidad.* Desde 1970 existen referencias bibliográficas que admiten que el duelo por un recién nacido muerto es similar al que se produce por la muerte de un familiar cercano (Valenzuela y col (10)). Pero los lazos afectivos se han desarrollado antes de establecer un contacto físico (admitiendo que la sonografía puede aumentar este vínculo). Ello, junto a todo lo que comporta la actividad del parto –incluyendo la sedación o la anestesia general– puede dar lugar a una sensación de irrealidad.

2.1.2. *Autoestima.* La disminución de la autoestima acompaña al sentimiento de incapacidad

de la embarazada en confiar en su cuerpo y lograr un parto a término normal. Sobre todo si la pérdida se acompaña de anomalías fetales o problemas genéticos.

2.1.3. *Patología en la adaptación y resolución del duelo.* Algunos autores, Condon (3), describen los factores que pueden influir en la evolución patológica del duelo. La ambivalencia ante el embarazo en adolescentes, el menor apoyo familiar y social en madres solteras, el sentimiento de culpa ante el consumo de sustancias tóxicas, la confirmación del fracaso del rol de madre ante abortos múltiples y recién nacidos muertos previamente, la autopercepción de la madre como inadecuada y las relaciones conflictivas con el personal médico, son algunos de ellos.

2.1.4. *Factores que pueden modificar el proceso de duelo perinatal.*

– Previsión de la muerte. Suele relacionarse con una preparación emocional para la pérdida final (Parkes (7)).

– Momento de la muerte. Se ha observado que el fallecimiento de neonatos vivos se asocia a reacciones de tristeza e ira; mientras que el éxito intrauterino a culpa o fracaso por no haber podido llevar a cabo la reproducción.

– Edad gestacional. Las pérdidas tardías en el embarazo se asocian con reacciones de pena más intensas que las pérdidas tempranas (Kirkley-Best (5)). Pero la edad gestacional no parece influir en ver o dar nombre al recién nacido, aunque las edades gestacionales mayores se asocian con una mayor decisión de realizar un funeral.

– Nacimiento gemelar. Diversos autores han comunicado una dualidad pena/confusión. Los padres afrontan la dificultad del duelo por la pérdida, concomitantemente a la aceptación del gemelo vivo. En algunos casos se ha detectado rechazo al gemelo superviviente (Rowe (8)).

– Nacidos con malformaciones. Las madres de neonatos fallecidos con malformaciones suelen presentar una baja autoestima y una posible prolongación del duelo. En esta situación, la actitud de los profesionales médicos hacia un neonato malformado muerto es sumamente importante, ya que actúa como base para la conducta de los padres (Lovell (6)).

– Reacción de los profesionales. Según Rowe, sólo 7 de 26 mujeres estudiadas refirieron estar satisfechas de la información recibida. Cuanto mayor era el grado de comprensión de la enfermas, menor era la tristeza de las mismas. Por tanto la respuesta emocional a la pérdida fetal por parte de los profesionales en cuanto sentimientos de fracaso y evitación de dialogar sobre la muerte del recién nacido, incide de manera importante en la evolución del duelo de los padres.

3. APORTACIONES DE LOS PADRES EN EL DUELO POR FALLECIMIENTO PERINATAL

3.1. **¿Qué hacer con el cuerpo?** Existen diferentes recomendaciones, casi tantas como autores, en el momento de abordar el consejo hacia los padres. En nuestro caso y en diálogo mantenido con ellos –en el contexto de los puntos desarrollados anteriormente– se apoya la decisión de los mismos. Se informa de la posibilidad de donación del cuerpo para estudios anatomopatológicos y, si es su petición, se da soporte a otras elecciones (incineración, entierro).

3.2. **El término *nonato*.** Las situaciones afectivas vs. administrativas. La identificación con el feto durante el embarazo (objetos infantiles, planes de futuro para él, elección de nombre, ropas, juguetes, la habitación del bebé), confieren una especial alerta terapéutica hacia los padres cuando éstos advierten que su vivencia no tiene un paralelismo administrativo.

3.3. **Inminencia de su hijo/a.** Se hace referencia al duelo más intenso si se trata de un problema agudo e insospechado, y en las últimas semanas de gestación.

4. APORTACIONES DE LOS PROFESIONALES AL DUELO POR FALLECIMIENTO PERINATAL

4.1. Atención en medio hospitalario

La evitación de que los padres vean y toquen a su hijo/a fallecido/a suele considerarse un error que dificulta la adaptación al duelo (así como proporcionar una sedación excesiva en la dilatación

y parto o no insistir lo suficiente para la realización de la necropsia). En la misma línea terapéutica descrita en anteriores ítems, nuestra actitud se desarrolla en el ámbito de los deseos de los padres, manteniendo un contacto regular con ellos, dando la información adecuada (incluyendo el desaconsejar un pronto nuevo embarazo), favorecer la comunicación entre la pareja, resto de los hijos, familia y entorno social.

4.2. Seguimiento ambulatorio

Además de la vigilancia psicopatológica, se constata (Wolff (11)) que el impulso emocional a un nuevo embarazo es fuerte. Se recomienda un mínimo de 6 meses a 1 año para una nueva gestación.

5. APARICIÓN DE NUEVOS CONCEPTOS: “TENGO” TANTO AMOR QUE DAR Y “NO TENGO” QUIEN LO RECIBA

5.1. Nuevo embarazo

Tras información sobre la existencia de patrón hereditario reconocido o defecto congénito aislado, se recomienda –en los plazos determinados con anterioridad– inicio de consejo reproductivo postparto (no de nueva gestación como se ha mencionado) a las 4 semanas. Algunas parejas muestran interés por la adopción. La petición de los criterios de idoneidad forman parte de atención especial en el seguimiento ambulatorio.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Bowlby J.:** *Attachement et perte*.3. La perte. Trstesse et depression. PVF, Paris,1984.
2. **Carrera ML.:** *Papel del obstetra ante la pérdida perinatal*. Unive rs it at de Valencia. Servei de Publ icacions, 2004.
3. **Condon JT.:** Prevention of emotional disadility following stillbirth: the role of the obstetrical team. Aust NZ Obstet gynaecol 1987; 27: 323-329.
4. **FIGO** standing committe on perinatal mortality and morbidity. March 1982.
5. **Kirkley-Best E, Kellner KR.:** The forgotten grief: a review of the psychology of stilbcbirth. AM J ortopsychiatry 1982; 52: 420-429.
6. **Lovell A.:** Some questions of identity: late misca-



riage, stillbirth and perinatal loss. Soc Sci Med 1983; 11: 755-761.

7. **Parkes CM.:** Bereavement. BR J Psychiatry 1985; 146:11-17.
8. **Rowe J, Ataide L.:** Follow-up of families who experience a perinatal death. Pediatrics 1978; 62: 166-170.
9. **Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología.** Protocolos asistenciales en ginecología y

Obstetricia. Madrid. Ed. Comunicación y Servicio 1993; 1-364.

10. **Valenzuela P, Ahumada S, González AM^a, Quezada C, Valenzuela S, Sougarret S, Martínez L.:** Rev. chil. obstet. ginecol. 2003; 68(3): 214-220.
11. **Wolff JR, Nielson PE, Schiller P.:** The emotional reaction to a stillbirth. AM J Obstet Gynecol 1970; 108: 73-77.