

# DUELO ANTICIPADO EN LA ROTURA DE MEMBRANAS ANTES DE LA VIABILIDAD FETAL

M<sup>o</sup> Pilar Pérez Romero, Servando J. Cros Otero, Mónica Rodríguez Pérez

H.U.Puerta del Mar Cádiz

Gestante (34 años) de 20+2sg

**URGENCIAS** por sensación de pérdida de líquido desde hace unas horas.

**UNIDAD DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO** por muerte fetal intrauterina tras rotura de membranas a las 21+5 sg en su primera gestación y estudio de hipercoagulabilidad con gen protrombina heterocigota y AAF positivos. La **CONDUCTA DE LA GESTANTE** ante la situación es de aquiescencia, se muestra indiferente y ausente.



<b>ANTECEDENTES FAMILIARES:</b> Padre Ca. próstata	<b>ANTECEDENTES PERSONALES:</b> Enfermedades propias de la infancia. Grupo sanguíneo O+. Menisectomía en 2010. Trombofilia. Namc.	<b>ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS:</b> Menarquia a los 10 años. Ultima citología en 2014. G3 P1 ( 21+5 MFIU, Julio 2017), A1 (espontáneo a las 6sg Mayo 2018). FUR: 14/11/2018 FPP: 21/8/2019. Screening cromosopatías primer trimestre bajo riesgo. Ecografía morfológica aun no realizada. Serología: rubeola inmune, lúes ,VHB y VIH negativa. Actualmente en ARO por muerte fetal intrauterina tras RPM (21+5) en gestación anterior y estudio de hipercoagulabilidad con Gen Protrombina heterocigota +AAF positivos (en dos determinaciones).
<b>TRATAMIENTO:</b> Clexane 60mg, AAS100mg, calcio y ácido fólico.		
<b>EXPLORACIÓN:</b> Buen estado general, consciente y colaboradora. Afebril y normotensa. Especuloscopia; salida de líquido franca a través de OCE.	<b>PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:</b> Ecografía transvaginal: cervicometría de 39mm. Ecografía abdominal: gestación única. Cefálica. ACF positiva . Peso fetal estimado 390g. Líquido amniótico (anhidramnios) y placenta en cara posterior. Se cursa analítica: hemograma, bioquímica básica, coagulación PCR y sistemático en orina. Se toman cultivos vaginales/endocervicales: SBA, Aerobio, Anaerobio, Ureaplasma y Micoplasma, Chlamydia y Neisseria.	

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

*Ante la salida franca de líquido amniótico y la detección por ecografía de anhidramnios no existe duda de que se trata de una rotura de membranas antes de la viabilidad fetal.*

## JUICIO CLÍNICO

*RPM en gestante de 20+2 y actividad cardiaca fetal positiva. Inicio de antibioterapia y actitud expectante.*

## EVOLUCIÓN

*La mujer es remitida a paritorio desde la unidad de hospitalización por manchado escaso. Es recibida por la matrona de referencia la cual intenta establecer una conversación con ella pero la gestante apenas articula palabra y se mantiene distante.*

*Se realiza exploración ecográfica en la que no se detecta actividad cardiaca fetal.*

*El equipo obstétrico informa a la gestante y su pareja de la muerte fetal y proporciona asesoramiento sobre la inducción al parto.*

*Tras la noticia, la gestante repite frases anticipatorias a la pérdida:  
"otra vez se repite,... ya lo sabía "*

## CONCLUSIONES

La muerte perinatal es un acontecimiento devastador para los padres y madres, una experiencia traumática que genera la sensación de que se ha perdido una parte de uno mismo, además de causar un gran desgaste físico y emocional.

El daño sufrido tras el parto de un bebe fallecido intraútero o muerte neonatal es descrito como algo complejo y único, debido en gran parte a que el proceso de duelo en estas situaciones carece de aceptación y legitimación social.

La experiencia previa de muerte perinatal generó en la gestante un duelo anticipado.

Este se produce cuando el proceso del duelo se inicia antes de que tenga lugar la pérdida. Supone un conjunto de respuestas y conductas intelectuales y emocionales mediante las que las personas, familias y comunidades intentan superar el proceso de modificación de autoconcepto provocado por la percepción de la pérdida potencial.

El seguimiento clínico de los padres en la situación de muerte perinatal está establecido como vimos en este caso pero sigue existiendo un importante déficit con respecto al apoyo psicológico y cuidados emocionales.

Existe la necesidad de ofertar una formación especializada al personal obstétrico que le permita adquirir la suficiente confianza en su capacidad para proporcionar atención adecuada y apropiada. En nuestro entorno, la preparación de los profesionales sanitarios relacionados con la muerte perinatal (matronas, obstetras, pediatras, etc.) es carencial, por lo que convierte esta situación en un afrontamiento todavía más difícil.

Es importante que el personal sanitario que atiende un proceso de duelo perinatal tenga conocimiento sobre la forma de afrontar esta pérdida en toda la familia, especialmente en la madre.

Igualmente, es preciso disponer de protocolos de actuación en Atención Primaria y Especializada para cubrir las necesidades físicas, emocionales, espirituales y administrativas de las familias afectadas por una muerte perinatal y no únicamente las clínicas.

## BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA:

- Umamanita. Guía para la atención a la muerte perinatal y neonatal. Umamanita; 2009.
- López García de Medinabeitia, A. P. (2011). Duelo perinatal: Un secreto dentro de un misterio. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 31(109), 53-70.
- Álvarez, M., Claramunt, M. A., Carrascosa, L. G. y Silvente, C. (2012). Las voces olvidadas. Pérdidas gestacionales tempranas. Tenerife: OB STARE.
- Ridaura, I., Penelo, E., & Raich, R. M. (2017). Depressive symptomatology and grief in Spanish women who have suffered a perinatal loss. *Psicothema*, 29(1), 43-48.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.(2010) Late Intrauterine Fetal Death and Stillbirth.

