

DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA, GINECOLOGÍA Y
PEDIATRÍA

PAPEL DEL OBSTETRA ANTE LA PÉRDIDA PERINATAL

M^a LUISA CARRERA HUESO

UNIVERSITAT DE VALENCIA
Servei de Publicacions
2004

Aquesta Tesi Doctoral va ser presentada a València el dia 03 de Maig de 2004 davant un tribunal format per:

- D. Ernesto Fabre González
- D. Vicente Cararech i Ramoneda
- D^a. M^a Luisa García Merita
- D. Rafael Domínguez Rodríguez
- D. Vicente Serra Ferrer

Va ser dirigida per:
D. Javier Monleón Alegre

©Copyright: Servei de Publicacions
M^a Luisa Carrera Hueso

Depòsit legal:

I.S.B.N.:84-370-5966-6

Edita: Universitat de València
Servei de Publicacions
C/ Artes Gráficas, 13 bajo
46010 València
Spain
Telèfon: 963864115

UNIVERSIDAD DE VALENCIA

FACULTAD DE MEDICINA

**PAPEL DEL OBSTETRA ANTE
LA PERDIDA PERINATAL**

Memoria presentada por
Luisa Carrera Hueso para
aspirar al grado de doctor
en Medicina y Cirugía
Valencia, 1995

Agradecimientos

Al Prof. Galbis del que me considero discípula.

A los Prof. Monleón, Garcia Merita y Minguez por su orientación en la línea de trabajo, su ayuda y estímulo.

A los Dres Díez, Domínguez, Fuentes, Medrano, Montañana, Perales y Presencia por su entrañable amistad y constante apoyo para hacer posible el desarrollo de esta tesis.

A todo el personal del Hospital Lluís Alcañyís y Ciudad Sanitaria La Fé que de alguna forma han contribuido a la realización de este trabajo.

A todas las madres que han pasado por el trance de una pérdida perinatal.

Don Javier Monleón Alegre, Doctor en Medicina, Jefe de Servicio de Obstetrícia de Ciudad Sanitaria la Fé y Profesor Titular de Obstetrícia y Ginecología

Y

Don José Minguez Sanz, Doctor en Medicina, Jefe Clínico de Obstetrícia

CERTIFICAN:

que la presente Tesis Doctoral con el titulo "Papel del obstetra ante la pérdida perinatal", ha sido realizada personalmente y bajo nuestra dirección por la Licenciada en Medicina y Cirugia Doña M^a Luisa Carrera Hueso.

Y para que así conste a todos los efectos académicos oportunos, expedimos la presente certificación.

Dr. J. Monleón Alegre

Dr. J. Minguez Sanz

A Ignacio, Luisa y Candela por el apoyo incondicional y el haber sabido soportar la realización de este trabajo sin quejas ni recriminaciones.

INDICE

I. JUSTIFICACION

II. INTRODUCCION

II.1.- Concepto

II.2.- Epidemiología

- 2.1. Factores de riesgo
- 2.2. Evolución de las tasas de mortalidad perinatal

II.3.- Manejo obstétrico de la mujer con feto muerto

- 3.1. Causas de muerte fetal
- 3.2. Diagnóstico de la muerte fetal
- 3.3. Tratamiento de la muerte fetal
 - Actuación en gestaciones menores de 22 semanas
 - Actuación en gestaciones de más de 22 semanas

II.4.- Estado psicológico de la mujer con pérdida perinatal

- 4.1. Bases teóricas del proceso de duelo
- 4.2. Duelo y muerte perinatal
 - Generalidades
 - Circunstancias de la muerte
 - Intervención
- 4.3. Ansiedad y Depresión
 - Generalidades
 - Ansiedad y depresión en gestación y puerperio
 - Pruebas psicométricas

III. MATERIAL Y METODO

III.1.- Muestra

- 1.1. Grupo control
- 1.2. Grupo de seguimiento
- 1.3. Grupo de no seguimiento

III.2.- Material

- 2.1. Valoración de la ansiedad
 - 2.1.1. El STAI de Spielberger
 - 2.1.2 Test de ansiedad de Cattell
- 2.2. Valoración de la depresión
 - 2.2.1. Cuestionario de Beck
 - 2.2.2. Escala de depresión de M.M.P.I.

III.3.- Procedimiento

III.4.- Análisis estadístico

IV. RESULTADOS

IV.1.- Factores socioeconómicos:

- 1.- Edad
- 2.- Estado civil
- 3.- Lugar de residencia
- 4.- Trabajo

IV.2.- Parametros obstétricos:

1.- Antecedentes obstétricos:

- 1.1- Número de gestaciones
- 1.2- Número de partos

2.- Gestación actual del grupo de seguimiento y del de no seguimiento:

- 2.1- Curso de gestación
- 2.2- Patología asociada
- 2.3- Edad gestacional en el momento de muerte fetal
- 2.4- Momento de la muerte respecto al parto
- 2.5- Estudio de hemostasia
- 2.6- Estática fetal
- 2.7- Inicio del parto y forma de terminación
- 2.8- Peso del Recien Nacido
- 2.9- Sexo del Recien Nacido
- 2.10- Realización de necropsia fetal

3.- Control obstétrico posterior:

- 3.1- Realización de cariotipo
- 3.2- Realización de analítica

IV.3.- Paramatros psicológicos; depresión y ansiedad en:

- 1.- Grupo control
- 2.- Grupo de seguimiento
- 3.- Analisis comparativo del grupo control y grupo de seguimiento al nacimiento y 6 meses
- 4.- Analisis comparativo del grupo control seguimiento y no seguimiento a los 12 meses

V. DISCUSION

V.1.- Comentarios a la metodología:

- 1.- Muestra
- 2.- Material
- 3.- Procedimiento

V.2.- Factores socioeconómicos:

- 1.- Edad
- 2.- Estado civil
- 3.- Lugar de residencia
- 4.- Trabajo

V.3.- Parametros obstétricos:

- 1.- Número de gestaciones y paridades previas
- 2.- Evaluación de la gestación actual y patología materna asociada
- 3.- Edad de gestación y momento en que se produce la muerte
- 4.- Inicio del parto y estudio de la hemostasia
- 5.- Situación fetal, terminación del parto y sexo fetal
- 6.- Patologías encontradas en las necrópsias
- 7.- Control obstétricos posterior

V.3.- Parametros Psicológicos:

- 1.- Evolución de la depresión en los diferentes grupos y su análisis comparativo:

1.1.- Evaluación mediante el Inventario de Beck

1.2.- Evaluación mediante el M.M.P.I. (escala de depresión)

2.- Evolución de la ansiedad en los diferentes grupos y su análisis comparativo:

2.1.- Evaluación mediante el STAI de ansiedad

2.2.- Evaluación mediante el test de Cattell de ansiedad

VI. CONCLUSIONES

VII. BIBLIOGRAFIA

JUSTIFICACION

Todos los seres vivos están dotados de la propiedad de reproducirse, es decir de producir otros seres vivos semejantes a si mismos. Esta puede ser considerada la característica de las manifestaciones vitales.

Si hacemos un recorrido por la filogenia de los animales observamos como en el proceso de procreación, la duración de las fases gestacionales son cada vez más largas y el número de recién nacidos (RN) en el parto es menor, cuanto más evolucionado está el animal.

Así pues, desde el cangrejo que pone miles de millones de huevos en cada ciclo reproductor, pasando por el conejo que pare varias crías por camada, llegamos a mamíferos muy desarrollados y a la especie humana donde habitualmente hay un recién nacido por cada gestación.

Si además tenemos en cuenta que por las condiciones socioeconómicas, el número de hijos que decide tener una pareja es cada vez menor, llegamos a la conclusión de la importancia que tiene el tener hijos sanos y la gran transcendencia y "choque" que produce el malogro de una gestación.

Sabemos que la relación de la madre con su hijo no comienza fisiológica o psicológicamente en el momento del nacimiento, sino que todos los padres forman alguna impresión sobre su hijo durante el crecimiento intrauterino de éste (Pelechano,1).

Ya antes del embarazo, las experiencias pasadas de la mujer constituyen un factor fundamental y configuran el tipo de madre en que ésta se convertirá(Leal y cols.,2).

De igual modo, factores tales como la edad, el nivel socioeconómico, la carga genética, y los

antecedentes médicos personales y familiares también podrán influir en el curso de una futura gestación.

Cuando se confirma el embarazo, se producen una serie de cambios tanto en la configuración corporal como en la expectativa de función personal. Todo ello conlleva un reto al que toda mujer embarazada debe enfrentarse durante este periodo de su vida para adaptarse a dichos cambios (Whalen,3).

No obstante es cuando comienzan los primeros movimientos fetales, sobre el cuarto mes de gestación, cuando la embarazada empieza a experimentar al feto como individualidad diferente a su propio cuerpo. Es en este momento cuando todos los padres hacen conjeturas sobre cual será el aspecto físico y la personalidad del recién nacido empezando a considerar al feto como una persona.

Es en la etapa final cuando muchas embarazadas presentan cierto grado de ansiedad, debido a respuestas fisiológicas y psicológicas normales en el embarazo, manifestándose con cambios de humor, mayor irritabilidad y una preocupación clara por la salud y bienestar del feto, miedo al dolor y a la propia muerte durante el parto, a no ser una buena madre, etc. (Areskog y cols.,4).

Todo ello se acompaña de un rápido crecimiento fetal y de un posible deterioro de la situación clínica de la gestante por la aparición de hipertensión, diabetes descompensada, u otros problemas médicos.

Es pues evidente, que la mujer presenta unos cambios psicológicos a lo largo del embarazo; el estado de ánimo de la madre no es estático a lo largo de la gestación. Para De Muylder(5), tiene generalmente tres fases: aceptar al feto como parte

de si misma, reconocer al feto como individuo autónomo y desear que llegue el momento del parto.

Así pues, si bien es cierto que las últimas semanas de gestación son consideradas como un periodo difícil, no es menos cierto que la madre se encuentra esperanzada con la inminente llegada de "su hijo", incluso con planes de futuro para el mismo.

Cuando este acontecimiento se ve truncado y acaece la muerte en fase perinatal, los padres se enfrentan con la difícil tarea de cambiar emociones y en vez de la previsión ansiosa de alegría, asumir el choque y el dolor de la pena.

Reflexionando sobre este hecho nosotros nos planteamos el estudiar que ocurre con las madres que han tenido una pérdida perinatal, no sólo desde la vertiente obstétrica si no también desde la psicológica, y cual debía ser la actitud de los obstetras con la mujer y su familia ante esta pérdida.

Este trabajo nos interesó especialmente debido a que por las características peculiares que estudia puede ser considerado como novedoso y original en nuestro medio. Además puede cambiar las pautas de actuación debido a la transcendencia histórica y social que produce, para el núcleo familiar y su entorno inmediato, la pérdida de uno de sus miembros y la posible intervención inadecuada del equipo médico.

Realizamos una revisión bibliográfica y observamos que ya Kennell(6) realizó un estudio retrospectivo en 20 mujeres con pérdida fetal que oscilaba entre 22 semanas de gestación a 12 días de vida del recién nacido. En él valoró el proceso del pesar por medio de la escala de Parkes-Lindeman, llegando a la conclusión de que las reacciones de luto de los

padres son similares a las descritas por Parkes(7) con la muerte de un familiar cercano.

Así pues, ya desde entonces es universalmente admitido el proceso de duelo tras una pérdida fetal, habiendo sido motivo de estudio la conveniencia de dar apoyo psicológico a estas familias (Forrest y cols.,8) y (Lake y cols.,9), así como la confección de programas de seguimiento (Lake y cols.,10).

"El duelo es una reacción extraordinariamente dolorosa que necesita un trabajo psicológico intenso" (Freud,11).

Tomando algunas citas de la revisión bibliográfica encontramos:

Cullberg(12) y Lovell(13) en sus trabajos, ya expresan que los padres son extremadamente sensibles a las reacciones y conductas de otros que atienden al niño.

Forrest y cols.(8), en un estudio prospectivo randomizado muestran que el seguimiento de la pareja que ha sufrido una pérdida perinatal reduce la frecuencia de disturbios emocionales prolongados y reacciones anormales de pena.

Condon(14), cita: "La percepción que la mujer tiene de los hechos que suceden minutos ú horas inmediatamente después de percatarse de la posibilidad de la muerte de su hijo tiene máxima importancia, porque estos recuerdos forman el núcleo del proceso de pesar".

Lake cols.(10), manifiestan la necesidad de que el equipo técnico que tiene que proveer un apoyo general a la pareja posea conocimientos sobre la naturaleza, intensidad y variación de los procesos de pena.

Además, para poder administrar un plan de intervención a los padres después de la muerte perinatal se requiere habilidad, tiempo y continuidad

en el cuidado, lo cual es difícil de proveer en un Departamento general de Obstetricia.

Cuando comparamos los resultados anteriores con nuestro trabajo diario se llega a la conclusión de que, en la mayoría de los casos, este no sólo es divergente si no opuesto al que deberíamos tener y por tanto las mujeres que pasan por este trance no se benefician de nuestra colaboración. Esta forma de actuar es debida a una tradición y al desconocimiento científico de lo que se debe hacer en estas situaciones.

Nuestra finalidad es conocer lo que ocurre para poder evitarlo. Para ello, y a la luz de la bibliografía, nos ha parecido adecuado estudiar la ansiedad y la depresión en las mujeres que han sufrido dicha pérdida, a la vez de administrarles un plan de intervención.

Todo ello, justifica que cada Maternidad deba tener un buen plan de intervención y seguimiento para las parejas que hayan tenido una pérdida perinatal y la necesidad de la formación un equipo específico para la misma.

INTRODUCCION

II.1.- CONCEPTO

Según Von Pfaundler(1936), el término de periodo perinatal define un intervalo de tiempo antes, durante y después del nacimiento, que se caracteriza por un aumento en la mortalidad del feto y del recién nacido (RN), (Kasër,15).

Con anterioridad un pediatra australiano, llamado Peller(16), sugirió que los nacidos muertos y las muertes que ocurren durante la primera semana de vida deben ser tratadas como una entidad estadística única, argumentando que estas muertes tienen un complejo de causas que difieren del espectro observado en niños de mayor edad.

Transcurrieron casi 20 años y en 1950 la (OMS) Organización Mundial de la Salud(17) define la muerte fetal como:"la muerte previa a la expulsión o extracción completa de su madre de un producto de la concepción, independientemente de la duración del embarazo; la muerte esta indicada por el hecho de que el feto no respire, ni muestre evidencia alguna de vida como latidos cardiacos, pulsación del cordón umbilical o movimientos definidos de los músculos voluntarios, con independencia de si se ha seccionado o no el cordón umbilical y si se ha desprendido o no la placenta".

Esta definición también fue adoptada por la National Center for Health Statistics en 1966(18).

Desde esta fecha hasta nuestros días los conceptos se han modificado haciendose más complejos pero permaneciendo inmutables en las bases sobre las que radican.

Ya que es condición previa indispensable para toda investigación la uniformidad de conceptos, vamos a exponer las definiciones e índices de mortalidad siguiendo los protocolos de la (SEGO) Sociedad

Española de Obstetricia y Ginecología de 1993 (19), con la finalidad de no ser inducidos a error en la nomenclatura y por ser los que nosotros hemos seguido:

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 de embarazo.

1.1.1.- 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.

1.1.2.- 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).

1.1.3.- 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.

1.2.- **Muerte infantil:** Considera las muertes que se producen en el primer año de vida.

1.2.1.- Muerte neonatal: Es la muerte de un RN dentro de las primeras cuatro semanas de vida.

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

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

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

1.3.- **Muerte perinatal:**

1.3.1.-Mortalidad perinatal I, (Internacional OMS): Es aquella que abarca las muertes desde la

semana 28 de gestación o 1000g hasta los 7 primeros días de vida.

1.3.2.- Mortalidad perinatal II, (Ampliada, FIGO (Federation International Gynecology and Obstetrics)-OMS): Abarca las muertes desde las 22 semanas de embarazo hasta los 28 días de vida.

Nosotros, en nuestro trabajo vamos a centrarnos en la mortalidad perinatal I.

Dado que la tasa o índice de mortalidad perinatal es la relación entre el número de muertes ocurridas en el periodo perinatal y el total de nacidos vivos durante un año civil (u otro periodo de tiempo determinado) más los nacidos muertos por mil; la **tasa de mortalidad perinatal I** será la relación entre el número de muertes fetales de 28 o más semanas de gestación (ó 1000 g o más de peso), más el número de muertes neonatales precoces (hasta 7 días) durante un año civil, y el número de defunciones fetales los nacidos vivos durante un año civil en una población determinada.

En la figura adjunta se expone un esquema de todo lo que acabamos de decir. Tengase presente que sólo se recurre al peso fetal cuando se desconocen las semanas de gestación. La primera variable queda subordinada a la segunda en los poquisimos casos de discordancia existente entre ambos.

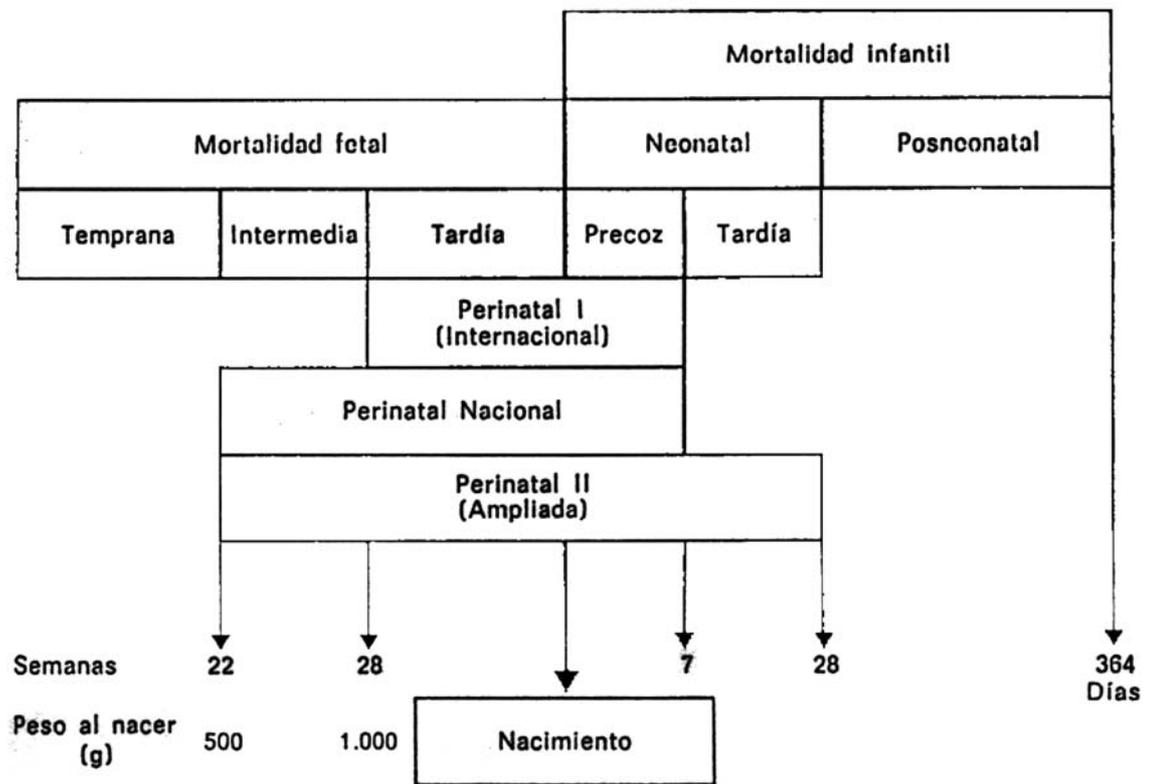


Fig. 1 Definición de la mortalidad fetal, perinatal e infantil, y sus subdivisiones.

II.2.- EPIDEMIOLOGIA

Numerosos estudios (Alberman,20) (Williams,21) (Pettiti,22) (Rydhstrom,23) (Fabre,24) realizados en todo el mundo a nivel institucional, regional o nacional, se han preocupado en conocer la situación actual, la evolución en el tiempo de las tasas de mortalidad, las causas de muerte y los factores asociados con un aumento en el riesgo de muerte durante este periodo, con el objetivo de mejorar el resultado de la reproducción humana.

2.1.- Factores de Riesgo

En estudios previos se ha demostrado una mayor mortalidad perinatal en madres de edad menor de 20 años o más de 34 años (Butler,25), en madres solteras (Pettiti,22), en fetos masculinos (Pettiti,22), en gestaciones múltiples (Pettiti,22) y en grandes multíparas o en las primíparas (Rumeau-Roquete,26) (Ridhstrom,23) (Lompo,27).

Estos resultados se encuentran prácticamente en todas las poblaciones estudiadas.

Además Hodberg(28) refiere que dos terceras partes de las muertes perinatales ocurren sobre casos de alto riesgo, observando también que el sobrepeso materno y la madre fumadora tienen un enorme impacto en la mortalidad perinatal.

También varios estudios (Freuch y Bierman,29) (Taylor,30) (Harlap,31) (Fabre y cols.,32) han relacionado la muerte fetal y edad gestacional. De forma que la probabilidad de muerte fetal fué más elevada durante las 4 a 7 semanas de gestación, cayó rápidamente de las 8 a las 19 semanas y permaneció estable durante la última mitad del embarazo (Harlap,31).

Posteriormente Lim y cols., (33) observan que el riesgo de la muerte perinatal aumenta a partir de las 39 semanas de gestación.

Otras investigaciones han demostrado que la mortalidad perinatal es más elevada cuanto más tarde se inicia la asistencia a las embarazadas, y menos frecuentes han sido las revisiones prenatales (Wallace,34) y (WHO,35).

De igual forma Williams(21) observó que las tasas de mortalidad fueron significativamente menores en hospitales urbanos, en hospitales con grandes servicios y en aquellos con alta relación entre médicos especialistas y generales.

Además, según Alberman(20), una buena atención perinatal puede contrarrestar el riesgo de mortalidad asociado con un amplio espectro de factores obstétricos, incluyendo la desproporción pelvi-fetal, mala presentación, postmadurez, disfunción uterina, prolapso de cordón e infección fetal o neonatal.

Por otra parte Pettiti(22), describe los factores de riesgo que han sido asociados firmemente a la muerte fetal, mediante estudios epidemiológicos, y que se han categorizado según la forma que exponemos a continuación:

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

- Edad materna: en mujeres de menos de 20 años y de más de 35 años.
- Historia obstétrica anterior de pérdida fetal, o neonato con defecto cromosómico.
- Enfermedades sistémicas: hipertensión, diabetes, enfermedades renales crónicas, etc.
- Somatometría materna: bajo peso, talla

inferior a 150 cm.

- Carga genética: translocación, enfermedad autosómica dominante.

2.1.2.- Factores fetales:

- Sexo masculino y gestaciones múltiples.
- Anormalidad cromosómica.
- Bajo peso natal y macrosomas.

2.1.3.- Factores sociodemográficos:

- Etnicos: Raza no blanca.
- Clase social baja y bajo nivel de educación.
- Estado civil: Solteras.

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

- Uso de alcohol, tabaco y fármacos.
- Aumento excesivo de peso.
- Trabajo y gasto de energía excesivos.

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

- Infecciones prenatales: Titulos de Toxoplasmosis y Rubeola altos.
- Otras enfermedades: Hipertensión, Diabetes y Toxemia.
- Exposición a toxinas ambientales.

2.1.6.- Factores de los cuidados médicos que disminuyen el riesgo:

- Cuidados prenatales: aplicación temprana y buena calidad asistencial.
- Cuidados intraparto: uso apropiado de la tecnología existente.

No obstante se ha visto que hay interrelaciones complejas en prácticamente todos ellos, y que muchos

de ellos además seran posiblemente factores de confusión.

Cuando estas causas se han querido averiguar en la practica se ha visto que muchas de ellas están relacionadas de forma que el investigador no sabe que se produjo antes o después.

2.2.- Evolución de las tasas de mortalidad perinatal

La revisión de las muertes perinatales a nivel institucional, regional, nacional o internacional está limitada por la no utilización de un sistema uniforme de clasificación de las mismas.

Aunque la Clasificación Internacional de las Enfermedades contiene secciones con categoría para las afecciones perinatales y del embarazo, recién nacido y puerperio, su utilización no se ha generalizado, haciendo que las comparaciones sean difíciles.

La existencia y utilización de un sistema de clasificación de las muertes perinatales sería de gran ayuda para los Comités de Mortalidad Perinatal de cada centro, y facilitaría la elaboración de las estadísticas perinatales a cualquier nivel.

Así, (OMS) la Organización Mundial de la Salud(36) en 1977 y FIGO(37) en 1982 recomiendan que siempre que sea posible se debe adoptar un certificado especial para registrar las causas de mortalidad perinatal (figura 2).

Además, Hernández García(38), describe para el estudio de las causas de mortalidad perinatal, las recomendaciones que la OMS y la FIGO hacen para su agrupación:

- Enfermedad o condición principal del feto o RN.

- Otras enfermedades o condiciones del feto o RN.
- Enfermedad o condición principal de la madre que afecta al feto o RN.
- Otras enfermedades o condiciones de la madre que afecten al feto o RN.
- Otras circunstancias pertinentes.

CERTIFICADO DE CAUSA DE LA MUERTE PERINATAL
 Complétese para nacidos muertos y nacidos vivos que fallecen dentro de las 168 horas (primera semana) después del nacimiento.

DATOS IDENTIFICACION Este niño nació vivo el _____ a las _____ horas
 y murió el a las _____ horas

Este niño nació muerto el a las _____ horas
 y murió: antes del inicio del parto durante el parto se ignora

MADRE Fecha de nacimiento _____ o si desconoce, edad (años) _____ NUNERO DE ENBARAZOS PREVIOS _____ Nacidos vivos _____ Nacidos muertos _____ Abortos _____ SULTADO DEL ENBARAZO ANTERIOR _____ Nacido vivo _____ Nacido muerto _____ Aborto _____ Fecha _____	Primer día de la _____ última menstruación, o si se desconoce, duración estimada del embarazo (semanas completas) _____ ATENCION PRENATAL (dos o más consultas) Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> PARTO Vértice, normal, <input type="checkbox"/> tñm <input type="checkbox"/> Otro (especifica): _____	NIÑO Peso al nacer _____ grs Sexo: Niño <input type="checkbox"/> Niña <input type="checkbox"/> Indetermin <input type="checkbox"/> Simple <input type="checkbox"/> IGénelo <input type="checkbox"/> 29 <input type="checkbox"/> Otro nacimiento múltiple _____ PERSONA QUE ATENDIO EL PARTO Médico <input type="checkbox"/> Matrona <input type="checkbox"/> O/s persona adiestra: _____ Otras pe: _____
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

CAU DE LA MUERTE

A. ENFERMEDAD O CONDICION PRINCIPAL DEL FETO O REC EN NAC

ENFERMEDADES O CONDICIONES DEL FETO O REC EN NAC

C. ENFERMEDAD O CONDICION PRINCIPAL DE LA MADRE QUE AFECTA AL FETO O AL NIÑO

D. OTRAS ENFERMEDADES O CONDICIONES DE LA MADRE QI AFECTAN AI AL NIÑO

E. OTRAS CIRCUNTANCIAS PERTINENTES

AUTOPSIA Si No Puede que se disponga más adelante

FIG 2 - CERTIFICADO DE CAUSA DE LA MUERTE PERINATAL

Si realizamos un análisis de las **tendencias** a largo plazo de las **tasas de mortalidad perinatal**, vemos como en Estados Unidos declinó a un ritmo regular de 1945 a 1960, luego hubo un periodo en que permaneció estable, para posteriormente, a partir de 1969, continuar un descenso notable (Pettiti,22) (Kleinman y cols.,39). Resultados comparables fueron encontrados en Europa (Butler,25) (Bracken,40) (Kiely,41). En España no podemos afirmar lo mismo porque dada nuestra legislación nuestros datos no eran superponibles a los anteriores hasta 1980.

Por otra parte, para evaluar la magnitud de cualquier diferencia real en el riesgo de mortalidad perinatal entre grupos comparables de madres de diferentes países, la Organización Mundial de la Salud inició un estudio en colaboración de efectos sociales y biológicos sobre la mortalidad perinatal abarcando nacimientos ocurridos en 1973 en 8 países: Australia, Cuba, Inglaterra y Gales, Hungría, Japón, Nueva Zelanda, Suecia y los Estados Unidos.

Desde la década de 1930, las tasas de mortalidad perinatal I disminuyeron en los países participantes, en algunos más rápidamente que en otros.

Muchos de los países, en la década de 1970 tenían tasas entre un tercio y la mitad de los niveles de la década de 1930 (Lavenhar,42).

Recientemente estas tasas han seguido decreciendo según la OMS.

Así según la WHO(43) en Italia la tasa de mortalidad perinatal que en 1972 era del 29.6 o/oo descendió en 1981 era del 7.6 o/oo mientras que en 1991 bajó al 10.4 o/oo.

En Suecia en 1970 era de 16.5 o/oo y en 1990 del 5.2 o/oo; y en Alemania en 1991 era del 5.8 o/oo.

Este mismo fenómeno ha ocurrido en España, donde la tasa de mortalidad en 1976 era del 18.8 o/oo y descendió a 8.3 o/oo en 1989.

Por otra parte, el Instituto Nacional de Estadística en su publicación del Movimiento Nacional de la Población Española de 1993(44) refiere que la tasa de mortalidad perinatal en España desciende del 11.3 en 1984, al 8.8 en 1988 y al 7.5 en 1990.

Observamos que en las diferentes publicaciones los datos no coinciden probablemente por la deficiente recopilación de los mismos hasta que estos fueron centralizados a nivel nacional en 1980.

Fabre y cols. en 1993(45) realizan un análisis de las tasas de mortalidad perinatal nacional, (desde las 22 semanas de muerte fetal hasta los 7 días de vida del RN), en España desde 1980 a 1989 de acuerdo con la enfermedad principal del feto o recién nacido, utilizando los grupos de tres dígitos de la Clasificación Internacional de las enfermedades de la OMS, elaborando los datos obtenidos por la Encuesta Nacional sobre Mortalidad Perinatal, observando:

- Existe una tendencia descendente de la mortalidad perinatal nacional. Así, en 1980 era el 15.4 o/oo, en 1986 el 13.1 o/oo y en 1989 estaba en el 11.8 o/oo. Esto representa un descenso relativo del 23.4%.

- Si se valora el peso al nacer, en relación con las tasa de mortalidad, existe una tendencia descendente para todos los grupos desde 1980 a 1989, siendo la mayor pendiente del descenso para los nacidos con un peso entre 1000 y 1499 g, seguido de los de un peso inferior a 1000 g.

- Cuando en el análisis se valora la edad gestacional en el nacimiento, desde 1980 a 1989, se observa una tendencia descendente para todos los grupos excepto para los nacidos entre la 32 y 36 semanas.

Además se ha confirmado que las tasas de mortalidad perinatal varían no sólo entre países sino también entre regiones geográficas del mismo país (Lavenhar,42).

Centrándonos en España, vemos como en 1985 la tasa de mortalidad perinatal en Andalucía era del 14.13 o/oo; en el País Vasco del 12.54 o/oo ; mientras que en Castilla-La Mancha era del 10.59 o/oo (Dirección General de Salud Pública 1991,46).

Si ahora estudiamos la evolución de las tasas de mortalidad perinatal en la Comunidad Valenciana, observamos como del 17.21 o/oo de 1978, pasando por el 12.10 o/oo en 1980 y el 10.92 o/oo en 1982, descendemos al 9.30 o/oo en 1985 (Dirección General de Salud Pública 1991,46).

Se han sugerido muchos factores para explicar la disminución de mortalidad perinatal tales como planificación familiar, cuidados intensivos neonatales, monitorizaciones fetales y aumento del porcentaje de cesáreas, pero no ha sido posible establecer la contribución de cada uno de ellos a dicha disminución.

Sin embargo según refiere Lavenhar(42) ha sido difícil documentar el efecto de una mejor atención de la salud pública sobre la tasa de mortalidad perinatal; en general se cree que las mejoras en la atención de la madre y el establecimiento de terapia intensiva para neonatos han contribuido a reducir la mortalidad en el periodo perinatal.

II.3.- MANEJO FISICO DE LA MUJER CON FETO MUERTO

La muerte fetal intrauterina es una tragedia personal y profesional.

Hasta las últimas décadas las causas desconocidas del óbito fetal se adjudicaban a "actos de la naturaleza" inexplicables o a alguna de las pocas enfermedades que, en la mayoría de los casos, se consideraban de curso inalterable, aunque se conocía su impacto sobre la mortalidad fetal.

A comienzos de este siglo, se conocían solo cuatro enfermedades maternas como causa de muerte fetal: nefropatía crónica, anemia, cáncer y sífilis.

En la última década, se han hecho avances en el diagnóstico exacto y el manejo apropiado del deceso fetal. Esto ha ayudado, en cierta medida, a disminuir la tragedia para los padres y el médico, y más importante aún, a reconocer que las causas de muerte fetal son múltiples y complejas, haciéndose continuos esfuerzos para definir la etiología, así como para prevenir la muerte fetal.

3.1.- CAUSAS DE MUERTE FETAL

La identificación de la etiología de la muerte fetal anteparto es importante para analizar las posibilidades de su recurrencia y para aplicar las medidas oportunas que permitan su prevención o su tratamiento (Balach,47).

Ya desde hace años se han hecho estudios para identificar dicha etiología.

Así Wilson y cols.,(48) comunican que en una tercera parte o incluso en la mitad de las muertes fetales no puede determinarse ninguna causa, aún cuando se haya efectuado necropsia.

Lauslahn y cols.(49) realizó un estudio prospectivo de dos años de duración sobre 56 fallecimientos fetales en el cual se realizaron las necrópsias de los fetos. Encontró que de las causas conocidas, el 27% eran maternas, el 16% maternas y fetales, el 15% fetales y el 42% placentarias.

Para Rumeau-Rouquette(26) la paridad representa una relación bimodal con la muerte fetal, con una incidencia máxima en el primer y cuarto embarazo.

Liban y Salzberger(50) en otro estudio prospectivo de 1108 casos observaron que las enfermedades maternas fueron responsables del 70% de las muertes fetales e incluyeron principalmente toxemia, diabetes e incompatibilidad sanguínea.

Ornoy(51) demostró la presencia de deciduitis, corioamnionitis o villitis en casi el 100% de muertes fetales en el segundo y casi el 50% en el tercer trimestre.

Además Kuleshov(52) revela que las anomalías cromosómicas son responsables en un porcentaje relativamente grande de decesos fetales, así como de abortos. Identificaron anomalías en el 13.6% de muertes preparto y en el 49.9% de muertes intraparto.

Angell y cols.(53) y Byrne y cols.(54) refieren también la importancia de las cromosomopatías en el estudio de la muerte perinatal.

Por otra parte Naeye(55) en un estudio realizado en más de 50.000 decesos perinatales II en Estados Unidos, identificó las causas subyacentes del 80% de ellos, siendo las más frecuentes: infección del líquido amniótico (16.7%), desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta (DPNNI) (10.5%), rotura prematura de membranas (RPM) (10.1%), anomalías congénitas (9.3%) e infartos de placenta (6.1%).

Estas cinco causas fueron responsables de más de la mitad de las muertes perinatales.

Posteriormente Hall(56) refiere que las anomalías más comunes observadas en una serie de 37 mortinatos con anomalías congénitas múltiples fueron: defectos del corazón (46%), anomalías de vías urinarias (40%), poli y oligodactilia (40%), onfalocelo/gastrosquisis (33%), hidrocefalia (26%), labio-paladar hendido (20%), microftalmia-anoftalmia (20%), atresia

intestinal (13%) y defectos de la línea media encefálica (8%).

Más recientemente en 1993(SEGO,19) se trata de identificar la posible etiología de muerte fetal anteparto "sine cause" concluyendo que se debe tener en cuenta:

3.1.1.- Enfermedades o condiciones maternas que con mayor frecuencia pueden originar muerte anteparto.

Se dividen en dos grupos:

3.1.1.1.- Procesos que se asocian o que complican la gestación: HTA, enfermedades del aparato cardiocirculatorio, respiratorio y urinario, la diabetes mellitus, los traumatismos y las infecciones entre otras.

3.1.1.2.- Complicaciones propias del embarazo, como la preeclampsia, placenta previa, DPNNI, rotura prematura de membranas amnióticas, prolapso de cordón y otras alteraciones del mismo, como circulares, nudos, etc.

3.1.2.- Enfermedades o condiciones fetales que con mayor frecuencia se asocian a las muertes anteparto: Anomalías congénitas, cromosomopatías, RCIU (retardo de crecimiento intrauterino) o desnutrición fetal, asfixia o anoxia fetal, enfermedad hemolítica por isoimmunización, enfermedades autoinmunes, hemorragia fetal o transfusión feto-materna y embarazo múltiple.

Por otra parte Fabre(45) al estudiar la distribución de las causas de muerte perinatal, encuentra que la hipoxia intrauterina y la asfixia al nacer es la causa más frecuente de muerte perinatal (24% de todas las muertes perinatales), seguida de las anomalías congénitas (19.0%), del retardo de crecimiento intrauterino (10.2%), del síndrome de

dificultad respiratoria (8.8%) y de las infecciones perinatales (6.9%).

3.2.- DIAGNOSTICO DE MUERTE FETAL

Hasta hace apenas 65 años, el diagnóstico dependía absolutamente de los síntomas o signos observados en el examen físico. Estos habían cambiado poco en los 400 años previos (Speert,57). Los adelantos tecnológicos en el siglo XX han sido aplicados con éxito al diagnóstico de muerte fetal ya que el diagnóstico clínico tiene una mala sensibilidad en el embarazo temprano y especificidad deficiente en el tardío (Lavenhar,42).

Muchos de los "adelantos" son sólo de interés histórico en la actualidad, ya que la formación de imágenes por ultrasonidos de tiempo real ha asumido el papel predominante en el diagnóstico de muerte fetal.

Entre los métodos utilizados para el diagnóstico de muerte fetal tenemos:

3.2.1.- **Análisis bioquímico**

Consiste en el estudio de los metabolitos fetales o placentarios, cuyo valor se encuentra alterado en caso de muerte fetal (Kasër,15).

Entre ellos tenemos:

- Disminución del valor de estriol (E3) en orina materna.

- Disminución del valor de gonadotrofina corionica, detectada ya sea por bio o inmunovaloración.

- Aumento de la alfa-fetoproteina (AFT) del suero materno.

Todos ellos están prácticamente en desuso, por su escasa sensibilidad y especificidad (Sachs,58).

3.2.2.- Auscultación con doppler de la Frecuencia cardiaca fetal (FCF)

La vigilancia de la actividad de la frecuencia cardiaca del feto, también puede demostrar muerte fetal (Sachs,58) (Carrera,59).

Pueden establecerse diagnósticos falsamente positivos debido a la dificultad ocasional para su detección a través de la pared abdominal materna por obesidad, polihidramnios, placenta previa o posición fetal.

También pueden producirse falsos negativos si se confunde la actividad cardiaca fetal con la materna, por lo que para asegurarse de que los latidos son fetales, la frecuencia debe ser significativamente distinta del pulso materno.

Todos estos errores están muy disminuidos cuando la detección de FCF se realiza en el cuero cabelludo fetal durante el trabajo de parto.

3.2.3.- Signos radiológicos

Indicadores confiables de muerte fetal con el uso de Rayos X fueron descritos por primera vez en 1922, y los signos radiográficos de la misma han aumentado la certeza de muchos casos de sospecha de óbito fetal (Kasër,15).

Actualmente el estudio radiológico no se recomienda como procedimiento de rutina, pero si la ecografía no es satisfactoria o no se dispone de ella, su beneficio será mayor que su riesgo teórico.

Se han descrito clásicamente cuatro signos principales de muerte fetal en las radiografías de

abdomen materno, tal como refiere Loughrin y cols.(60):

3.2.3.1.- Halo radiolúcido, "signo del halo":

Aparece dos o cuatro días después del deceso, y se produce por el acumulo de líquido extravascular entre el cráneo fetal y la capa de grasa subcutánea del cuero cabelludo.

Este signo aparece sólo en los últimos dos meses de embarazo.

Puede aparecer también en fetos vivos cuando existe hidropsia fetal y diabetes.

3.2.3.2.- Superposición de los huesos del cráneo, "signo de Spalding":

Aparece de dos a catorce días después de la muerte y requiere la osificación fetal, por lo que sólo es útil en gestaciones de 26 a 36 semanas con presentación de vértice, y hasta término en podálicas. No tiene significado si la cabeza está encajada.

También puede aparecer en caso de oligoamnios o por amoldamiento fisiológico de la cabeza durante el trabajo de parto.

3.2.3.4.- Actitud fetal de flexión extrema:

Aparece de varios días a cuatro semanas después de la muerte, y puede presentarse también con anomalías fetales o maternas.

3.2.3.5.- Aparición de gas en el corazón y sistema vascular fetal:

Aparece de doce horas a diez días después de la muerte debido a la descomposición de la sangre fetal.

Constituye la única prueba radiológica cierta de muerte fetal.

Es un signo difícil de detectar y solo aparece en el tercer trimestre, siendo su duración de menos de dos semanas.

3.2.4.- Ultrasonidos

Desde 1965 se ha reconocido al ultrasonido como un medio valioso para el diagnóstico de muerte fetal y en casos de sospecha clínica, ha sustituido a otras pruebas para confirmar o negar un diagnóstico (Loughrin,60) (Sachs,58).

Mediante la ecografía de tiempo real, puede detectarse muerte fetal incluso en gestaciones precoces, ya que a partir de las 7 semanas aparece el latido cardiaco fetal y a las 8-9 semanas los movimientos fetales.

Luego de las 20 semanas de gestación, según Stephens(61), pueden detectarse ya movimientos respiratorios.

Los signos ecográficos de muerte fetal, según describe Laughrin y cols.(60), son:

- Ausencia de eco cardiaco en zig-zag.
- Vejiga fetal vacía.
- Aorta fetal no llena.

Si con estos signos el diagnóstico es incierto, se repite la exploración en 30-60 minutos, y si la vejiga continúa vacía se confirma la muerte fetal.

Otros signos sonográficos de muerte son:

- Doble contorno del cráneo.
- Contorno irregular del cráneo.
- Ausencia de eco de la línea media de la cabeza.
- Ausencia de movimientos fetales.
- Presencia de gas intrafetal.
- Contorno mal definido de las estructuras fetales por la penetración de líquido amniótico.

Además, es posible que las causas de muerte fetal se demuestren ocasionalmente por medio de

ultrasonidos, en casos de anomalías estructurales graves del feto.

3.3.- TRATAMIENTO DE LA MUERTE FETAL

Para el médico que se enfrenta a la muerte fetal intrauterina, el tratamiento de este cuadro presenta un dilema.

Después del diagnóstico, las presiones sociales para realizar el parto suelen ser considerables, así como las consecuencias médicas de posponerlo.

Hasta mitad de este siglo la experiencia demostraba que en las mujeres con feto muerto in útero, a menudo la inducción del parto era difícil y la intervención colocaba ocasionalmente a la madre en un riesgo elevado. A su vez el criterio de espera vigilante parecía implicar un riesgo mínimo.

Dippel(62), en un estudio realizado en 306 muertes fetales intrauterinas después de las 28 semanas, no encontró mortalidad materna que pudiera atribuirse al feto muerto.

Por otra parte Tricomi y Kohl(63), demostraron que cuando el feto pesaba más de 1000 g el 90% de mujeres se ponían de parto dentro de un plazo de 14 días, y el 93% lo hizo dentro de un periodo de 21 días.

Prichard(64) refiere que el 75% de mujeres con feto muerto, iniciaba el parto de forma espontánea en las dos semanas posteriores a la muerte fetal, mientras que esta cifra se elevaba al 90% si el tiempo de espera era de tres semanas después de la muerte fetal.

El concepto de que las primeras pruebas de coagulopatía detectables por laboratorio aparecían 3-

4 semanas después de la pérdida (Ortíz,65) se ha mantenido hasta 1986, en que Weiner(66) observó en varias pacientes un incremento del Fibrinopéptido A, una semana después de la pérdida fetal.

Sin embargo hoy en día, la espera de un trabajo de parto espontáneo es una elección menos preferida por los obstetras, ya que se cuenta con mejores y más seguros medios de inducción del trabajo del parto(Sachs,67) (Miranda,68). Además, la inducción una vez establecida firmemente la muerte fetal, alivia el sufrimiento de los padres, siempre y cuando dispongan del tiempo suficiente para permitir que se adapten psicológicamente a la pérdida, y previene la posibilidad de **coagulopatía** (Sachs,67).

Fuéron Weiner y cols.(69) los primeros en señalar que algunas mujeres Rh negativo que tenían feto muerto, desarrollaban defectos de la coagulación.

Más tarde se demostró, (Skjodt,70) (Graeff y Kuhn,71) (Romero,72), que cerca del 25% de mujeres con feto muerto más de cuatro semanas, mostraron alteraciones significativas en su sistema de coagulación. Estas alteraciones son debidas al ingreso de material tromboplástico, derivado de la degeneración de la placenta y o el feto, en la circulación materna a través del espacio intervelloso, reduciendo la concentración de fibrinógeno, plaquetas, trombina y factores V, VIII y XII.

La activación del sistema fibrinolítico produce PDF, los cuales interfieren aún más con el mecanismo de coagulación.

Así cuando una sustancia tromboplástica ingresa en el sistema vascular e inicia la coagulación, puede producir una coagulopatía de consumo dependiendo de la concentración y duración del ingreso de dicha sustancia (Goldstein y Reid,73) (Jimenez y Pritchard,74) (Russell y Laros,75).

El diagnóstico de laboratorio de una coagulopatía intravascular diseminada puede ser relativamente fácil. Debemos obtener un índice de coagulación que incluya recuento de plaquetas, nivel de fibrinógeno, tiempo de protrombina, tiempo parcial de tromboplastina y degradación del fibrinógeno (Sachs, 67).

Afortunadamente las viejas técnicas de parto forzado, con dilatación forzada del cuello y tracción fetal, son cosas del pasado; incluso rara vez es necesario recurrir a la cesárea o histerotomía cuando la muerte se produce en gestaciones más avanzadas.

Actualmente, la mujer con un feto muerto intrauterino obliga a un seguimiento y control por parte del obstetra, cuyas pautas de actuación una vez indicada la terminación de la gestación, o se haya producido el inicio espontáneo del parto, deben ser superponibles a las que se tomarían ante una mujer con feto vivo, respetando de igual forma los tiempos establecidos en los distintos periodos del parto.

Así pues, una vez diagnosticado el feto muerto procederemos:

3.3.1.- Actuación inicial; En todas las enfermas procederemos a:

*.- Toma de constantes vitales: Se efectuará una valoración de la tensión arterial, pulso y temperatura.

*.- Exploración ginecológica de la enferma para valorar si hay sangrado vaginal, las condiciones del cuello uterino y la altura del utero.

*.- Estudios analíticos generales que incluyen pruebas de hemostasia, ya que si el parto no se produce pronto, sobre todo al final de la gestación, puede producirse una coagulopatía materna.

3.3.2.- La actuación más o menos activa dependerá, no solo de la normalidad encontrada en las exploraciones anteriores, sino también de las semanas de gestación en que se encuentre la enferma en el momento de diagnosticar la muerte fetal.

3.3.2.1.- Por debajo de las 22 semanas:

Este apartado vamos a mencionarlo muy sucintamente, ya que se escapa de nuestro estudio.

Se procederá como si se tratase de un aborto tardío retenido (Borten,76). Es decir, que si no existen problemas hemorrágicos importantes y las condiciones locales no son adecuadas para la evacuación uterina, puede demorarse la actuación terapéutica hasta un máximo de 3-4 semanas, solicitando durante este tiempo pruebas de coagulación (Carrera,77).

Ahora bien, si existe una pérdida genital importante, las pruebas de coagulación están alteradas o existe riesgo de infección, debe programarse la evacuación uterina, independientemente de las condiciones cervicales.

Para ello, se intentará la dilatación cervical mediante tallos de laminaria, suero salino hipertónico al 25%, o instilación intracervical o intraamniótica de prostaglandinas, para posteriormente practicar legrado.

Si por el tamaño uterino se requiere perfusión con occitocina previo al legrado, la instauraremos a la concentración de 20 mU/ml, (10 UI en 500 ml de suero glucosado al 5%). La velocidad de perfusión inicial será de 2 mU/min y a partir de los 20 minutos puede aumentarse la dosis progresivamente hasta alcanzar las 40 mU/min.

Como se ha dicho, otra técnica utilizada para conseguir la dilatación del cérvix es la aplicación intracervical de gel de prostaglandinas Pg E2 (0.5mg).

Si a las 12 horas no se ha producido la expulsión fetal, ni se ha conseguido la suficiente dilatación cervical para la evacuación uterina, se repite la aplicación de gel a la misma dosis, la cual se volvera a administrar a las 12 horas si no hemos obtenido los resultados deseados con la segunda dosis. Al cabo de 12 horas, si tampoco se ha conseguido el objetivo deseado se comenzará la perfusión de occitocina, a las dosis indicadas anteriormente, y posterior legrado.

3.3.2.2.- **Por encima de las 22 semanas:**

Cuando acontece un óbito fetal a finales del segundo trimestre o en el tercero de gestación, la actuación obstétrica va a depender de las diferentes condiciones materno-fetales, pudiendo tomar la decisión de esperar el parto espontáneo, que es la menos frecuente, o la **inducción del trabajo de parto:** Los procedimientos utilizados para desencadenar contracciones uterinas han sido muchos y muy variados pudiendo ser agrupados, según describe Monleón(78) de la siguiente forma:

- * Métodos empíricos
- * Métodos científicos:
 - Mecánicos: Krause, Foley, Vibraciones y Amniotomía
 - Eléctricos
 - Farmacológicos

Los métodos empíricos estan totalmente abandonados y sólo requieren un recuerdo histórico.

Los métodos mecánicos fueron desarrollados por la obstetricia clásica. Su mecanismo de acción se basa en producir un estímulo sobre distintas partes del

canal del parto, para por acto reflejo sobre la hipófisis materna esta vierta occitocina en el torrente circulatorio y producir contracción uterina que será causa de nueva secreción de occitocina y así sucesivamente.

Los **métodos científicos farmacológicos** son actualmente los más difundidos.

Para producir farmacológicamente contractilidad uterina disponemos de dos grandes grupos de sustancias:

* La occitocina propiamente dicha:

Es la hormona fisiológica encargada de producir y mantener la contractilidad uterina durante el parto.

Está fuera de toda duda que utilizada a las dosis recomendadas (0.5-8 mU/min), produce contracciones uterinas cuyas características son idénticas a las espontáneas.

Comenzaremos la perfusión con 10UI de occitocina en 500ml de suero glucosado al 5%, no sobrepasando las 20UI/min, hasta obtener una respuesta contractil uterina de 2-3 contracciones en 10 minutos de las denominadas clínicamente medianas o buenas.

Debe tenerse presente que las dosis con que se consigue una dinámica uterina adecuada suele ir disminuyendo a medida que el parto progresa.

El tiempo durante el cual debe mantenerse dicha dinámica es de 12-14 horas de forma ininterrumpida.

* Sustancias occitocicas:

Sólo hay que mencionar en la actualidad a las prostaglandinas, habiendo quedado el resto (esparteina, derivados del cornezuelo de centeno, etc.) proscritas.

Bajo el término de prostaglandinas (Pg), englobamos una amplia familia de hormonas esteroideas derivadas del ácido prostenónico, de las cuales sólo

dos, las denominadas F2 y E2 tienen capacidad de producir contracciones uterinas.

Pueden ser administradas por distintas vías:

- intracervical, en forma de gel de Pg E2 (0.5mg)
- intraamniótica, Pg F2 cuya dosis dependerá del fármaco utilizado, (40mg de F2 y 2.5mg de 15-metil-F2)
- intramuscular, pg E2 sintéticas a dosis de 250mg/2-4 horas con un máximo de 12mg y dos días
- intravenosa, Pg E2 a una concentración de 2gm/ml, a un ritmo de perfusión de 17-34 gotas/min (0.150 µg/min) según la respuesta individual.

En todos los casos la perfusión debe ser efectuada con bomba de infusión y previamente se realizará una prueba subcutánea (0.5ml), que se leerá a los 30 minutos.

Hay que señalar que actualmente la vía de administración más frecuentemente utilizada es la intracervical, en forma de gel (Shafi y cols.,79) (Lehair y cols.,80) (Rath y cols.,81).

En las contraindicaciones de este fármaco encontramos: Asma bronquial, insuficiencia cardiaca, hipertensión grave, antecedentes de tromboflebitis o tromboembolia, diabetes descompensada, alteraciones graves de la función hepática o renal, epilepsia, glaucoma, tirotoxicosis, infecciones ginecológicas agudas, colitis ulcerosa, úlcera gástrica, anemia de células falciformes o talasemias y utero cicatricial.

Por otra parte, debe evitarse la administración simultánea de occitocina o antagonistas de las prostaglandinas.

Entre los efectos secundarios destacamos: náuseas y vómitos, diarrea, cefalea, eritema venoso y dolor en el lugar de la inyección intravenosa, rubor facial, síntomas vasovagales, dolor torácico, hipertermia y broncoconstricción en asmáticas.

En el 20% de los casos, sin que podamos predecir en cuales, aparece hiperdinamia uterina con graves riesgos para la madre (Monleón y cols.,82) (Miller y cols.,83) (Milliez y cols.,84) (Monleón y cols.,85) (Monleón y cols.,86).

3.3.3.- Conducta obstétrica en las diferentes **situaciones materno-fetales**: Vamos a describirlas siguiendo fundamentalmente a Carrera(77).

3.3.3.1.- Feto en longitudinal y múltipara:

No esperaremos el inicio espontáneo del parto, sino que si las condiciones locales son favorables, procederemos directamente a terminar la gestación mediante:

- occitocina o prostaglandinas a las dosis anteriormente descritas.

- inyección intraovular de suero salino hipertónico o de prostaglandinas, a las dosis también ya descritas.

3.3.3.2.- Feto en longitudinal y primípara:

Aunque hay quién defiende la espera del comienzo espontáneo del parto hasta un máximo de 3-4 semanas(77), efectuando durante este tiempo de espera controles médicos y de hemostasia, nosotros somos partidarios de la inducción como en el caso de longitudinal y múltipara.

3.3.3.3.- Feto en situación transversa:

Nos abstendremos siempre de la inducción occitócica.

Si el feto es muy pequeño, esperaremos la presentación espontánea del parto, como máximo 2-3 semanas, y entonces según la situación fetal decidiremos.

Ahora bién, si el feto es normal o grande indicaremos directamente la cesarea.

3.3.3.4.- Cesárea previa:

Según describe Valero en su Tesis Doctoral(87) esperaremos el inicio espontáneo del parto y si éste no se produce en el periodo establecido, se indicará la inducción pero empleando una perfusión de occitocina más prudente, de 5UI en 500ml, y a igual ritmo que cuando utilizamos 10UI en 500ml.

Además, se realizará siempre un control cardiotocográfico para evaluar la dinámica.

3.3.3.5.- Gestación múltiple:

Si todos los fetos están muertos, la actitud obstétrica dependerá de si la madre es múltipara o primípara, de la situación de los fetos y de las pruebas de coagulación, para decidir una actitud de espera o por el contrario finalizar la gestación mediante inducción o cesárea aplicando los criterios obstétricos como en fetos vivos.

Si por el contrario se produce la muerte de un feto en una gestación múltiple y el embarazo es a término, lo que supone madurez del otro gemelo, se indicará la terminación de la gestación para prevenir no sólo la posible coagulopatía materna, sino también la del gemelo sobreviviente (Kochenour,88) (Cattanach y cols.,89).

Según Hanna(90) la posibilidad de participación en la alteración coagulopática procedente del feto muerto está relacionada con las interconexiones vasculares, siendo más frecuente esta posibilidad en el caso de placenta monocorial.

Si la muerte de un sólo gemelo se produce en una gestación pretérmino, es pues importante determinar la independencia fetal ya que aporta más seguridad para una conducta expectante (Barss y cols.,91), (Gilabert y cols.,92) .

Aunque según Enbon(93) y Hanna(90) la anticipación del parto no previene las posibles alteraciones en el feto sobreviviente, la eventual

coagulopatía materna pesa en la decisión del obstetra.

En cualquier caso, ante la presencia de hipofibrinogenemia, plaquetopenia e hiperactividad fibrinolítica, debe plantearse una conducta más agresiva.

3.3.4.- Conducta médica general

Sea cual fuere la circunstancia obstétrica de la enferma, una vez hemos llegado al parto y posteriormente al puerperio, la conducta médica será:

- Efectuar pruebas de coagulación (fibrinógeno, tiempo de protrombina y PDF), al iniciarse el parto y cada 4 horas.

- Asistencia al parto en la sala de partos, teniendo en cuenta que la presencia del marido puede ser beneficiosa.

- Analgoanestesia según las necesidades.

- Dejar al padre y parientes ver al recién nacido, al igual que a la madre si lo solicita.

- Control posparto de hemoglobina y pruebas de coagulación (especialmente fibrinógeno), a las 2 y 6 horas del parto.

- Administrar Gammaglobulina Anti-D, si la madre es Rh negativo.

- Inhibir la lactancia excepto en gestaciones múltiples con algún hijo vivo, y que la madre desee lactar.

- Si la madre está física y mentalmente bien, darle el alta a los 2 ó 3 días del parto.

- Proporcionarle un adecuado soporte psicológico durante su estancia en el hospital.

- Debe practicarse siempre:

- * Estudio histológico de la placenta

- * Necropsia fetal

- * Estudio analítico que incluya curva glucemia, serología, Tiempo de tromboplastina parcial

activada (TTPA), anticuerpos anticardiolipina (ACA), anticoagulante lúpico y urinocultivo

*Cariotipo, si se sospecha causa genética

- Revisión clínica a las 4-6 semanas del parto, informando a ser posible del resultado de la necropsia.

II.4.- ESTADO PSICOLÓGICO DE LA MUJER CON FETO MUERTO

4.1- BASES TEORICAS DEL PROCESO DE DUELO O PESADUMBRE

Hasta hace poco tiempo, se creía que aunque la muerte de un hijo antes o poco después del nacimiento representaba una pérdida, encerraba un significado emocional menos fuerte que otras formas de muerte.

Desde las publicaciones iniciales de Bruce y Mc Lenaham(94) en 1962, varios autores (Kennell y cols.,6,95) (Wolf y cols.,96) (Lindberg,97) y (León,98) establecen a partir de 1970 que las madres y también los padres presentan un intenso duelo después de la muerte perinatal.

En la primera descripción de duelo Lindemann(99) constata en 1944 que se trata de una entidad que conlleva síntomas somáticos, psicológicos y de comportamiento. Este trabajo de duelo o pesadumbre es un proceso normal, mediante el cual se rompen gradualmente los lazos emocionales intensos con la persona muerta, de tal manera que la vida normal se restablezca. La pesadumbre típica es una reacción compleja, pero considerablemente constante, que tiene una forma identificable y sigue un curso previsible.

Bowlby(100), en su obra de 1984, distingue cuatro fases evolutivas de este proceso:

- 1ª fase de " choque " o incredulidad:

Periodo de aturdimiento y falta de crédito, que protege a los progenitores del impacto total de la pérdida.

Puede durar de varias horas hasta dos semanas, y durante este tiempo los padres expresan sentimiento de vacío y no pueden aceptar intelectualmente la pérdida, siendo incapaces de concentrarse y aceptando sólo información selectiva.

- 2ª fase de nostalgia y búsqueda:

Comienza cuando la realidad del desaparecido empieza a imponerse.

Aparece un periodo agudo de pesar caracterizado por "arranques", ira, adjudicación de la culpa y perturbación (Parkes,7).

Esta fase se manifiesta como un intento inconsciente de buscar al recién nacido muerto, con pensamientos e imágenes casi alucinatorias y se acompaña de llanto y desesperación.

La ira constituye un síntoma común, los padres se sienten defraudados y pueden protestar por la injusticia de la muerte. Los recuerdos de los acontecimientos que llevaron a ella son repasados de manera repetida.

La culpa puede dirigirse hacia uno mismo produciendo autoreproche o expresarse por hostilidad contra no importa quién: Dios, el equipo médico, el esposo o al destino.

- 3ª fase de desorganización:

Con el transcurso del tiempo la fase aguda es menos pronunciada, y se reanudan las actividades ordinarias.

Aunque esta fase es diferente a las enfermedades depresivas muchas características son similares, apareciendo tristeza manifiesta, disminución de la autoestima, falta de atención y objetivos y retraimiento social.

Este periodo de desorganización puede durar de seis meses a un año.

- 4ª fase de reorganización:

En ella se produce una aceptación de la pérdida como definitiva.

Las relaciones de la familia se estabilizan y hay participación activa y normal en la vida, incluyendo planes para el futuro.

Además durante el proceso de duelo, existen reacciones más inconscientes, tal y como describe Hofer(101), como son la pérdida de memoria, del poder de concentración y de la capacidad de tomar decisiones, así como variaciones del apetito e insomnio.

Debemos también mencionar el significado del duelo anticipado, que es el trabajo psicológico que comienza desde la percepción de la eventualidad y que puede contribuir a atenuar considerablemente la violencia del "choque" y facilitar posteriormente la evolución de la recuperación, (Stierman,102).

Todo este proceso psicológico del duelo puede hacerse patológico cuando no ha habido una adaptación completa del individuo a la pérdida y a la reorganización de su vida, quedando pues constreñido en su desarrollo como ser humano.

Según Parkes(7), Bown(103), Bowlby(100), los mecanismos psicológicos por los cuales el duelo evoluciona hacia la patología son:

- La ausencia del duelo consciente, con subsecuente descompensación psicológica caracterizada por depresión, ansiedad y enfermedades psicósomáticas (Condon,14).

- La ambivalencia entre una recuperación rápida y la aparición posterior de sentimientos de

nostalgia, culpabilidad y conductas de autoagresión que pueden llevar hasta el suicidio.

- La cronicidad del proceso por la persistencia de la ira, manifestada por nerviosismo, irritabilidad y agresividad, que poco a poco evoluciona en depresión.

4.2.- DUELO Y MUERTE PERINATAL

4.2.1.- GENERALIDADES

El impacto de la muerte de un recién nacido, es singular para los padres, en cuanto a que les quita una parte importante de su futuro, y les deja una ausencia que perciben toda la vida (Bourne,104).

Ya desde Kennell(6) en 1970 es admitido que el proceso de duelo por un RN muerto es similar al que se produce por la muerte de un familiar cercano. Lindberg(97) en un estudio comparativo en 1992, demuestra que la pena por la pérdida de un feto en la segunda mitad de la gestación es similar a la que se siente por la de un pariente cercano. Esto también ha sido confirmado por Leon(98) en 1992.

Posteriormente Ewton(105) en 1994 refiere que la muerte perinatal puede crear una respuesta a la pena más severa y quizás más intensa que la respuesta que se produce con la muerte de un familiar adulto.

Los dos puntos más significativos en este proceso son:

- Incremento de la sensación de irrealidad, debido a que la relación con la persona muerta no se basa en experiencias ni recuerdos de una persona real, sino en lazos afectivos que se desarrollaron antes de establecerse un contacto físico.

Así, aunque la sonografía puede aumentar este lazo, la relación aún se basa en esperanzas y fantasías de los padres.

Además, la tensión física y mental del proceso del trabajo del parto, posiblemente asociada a la sedación intensa o a la anestesia general, pueden aumentar la sensación de irrealidad.

- Decremento notable de la autoestima, consecuencia de la incapacidad de la embarazada para confiar en su cuerpo y lograr satisfactoriamente dar a luz, en particular si la pérdida se acompaña de anomalías fetales o problemas genéticos.

Lake y cols.(10) así como otros autores (Cullberg,12) (Rowe,106), afirman que la resolución del duelo en una mujer de luto por un recién nacido muerto requiere de uno a dos años. Condon(14) aún pensando que éste es el periodo de resolución total, indica que seis meses es generalmente un periodo adecuado para que el acontecimiento ya no forme el centro de la vida emocional de la mujer.

Se han descrito modificaciones patológicas de este proceso de adaptación y resolución del duelo:

- Cullberg(12), en un estudio de 56 enfermas detecta a los 12-24 meses el 33% de resolución patológica.

- Rowe(106), valorando a 26 mujeres de 10 a 22 meses después de la pérdida encuentra un 23% de patología.

- La Roche(107), valora a 30 mujeres a los 12 meses del deceso fetal observando un 20% de duelo patológico.

- Rouseau y Fierens(108), valorando a 33 mujeres al año de la pérdida encuentran el 24% de patología en la reacción de pena.

También fué Condon(14) quién describe los factores que pueden influir en la evolución patológica del duelo y su relación psicológica:

Factor	Relación
- Embarazo en adolescentes	Ambivalencia ante el embarazo
- Madres solteras	Menos apoyo Ambivalencia
- Muerte probable	Ambivalencia ante el feto
- Consumo de alcohol nicotina o drogas	Excesiva culpa
- RN muertos previamente múltiples abortos	Fracaso en la reproducción y feminidad
- Concepción difícil abortos múltiples	Confirmación del fracaso del papel de madre
- Percepción de la madre como inadecuada	Baja de autoestima en el papel de madre
- Relaciones conflictivas con personal médico	Culpar al staff del fracaso

Este mismo autor(14) estableció las diferentes características clínicas entre el duelo normal y la depresión posparto basándose en la normalidad o patología, por exceso o defecto, de variables como: *Apetito, sueño, variaciones del ánimo, calidad del estado de ánimo, sentimientos de culpa y rabia, test de la realidad, relaciones interpersonales, cambios motores, energía personal, sentido del futuro e ideas sobre el suicidio.*

4.2.2.- CIRCUNSTANCIAS DE LA MUERTE

Parkes(7) ha identificado que una de las áreas importantes que determina el ajuste individual y por tanto la reacción de un individuo frente a la muerte de otro son las circunstancias que se producen o rodean al hecho:

4.2.2.1.- **Edad gestacional:**

Como los lazos afectivos de los padres aumentan al progresar el embarazo, puede sugerirse que la pesadumbre también se relaciona con la edad gestacional.

Cullberg(12) observó que las reacciones de pena tendían a ser más cortas cuando se asociaban a premadurez. Sin embargo, Peppers y Knapp(109) no encontraron diferencias cuantitativas en los índices de pesadumbre comunicados en mujeres que experimentaron aborto o muerte neonatal, pero constataron que la duración de la fase aguda pareció ser más corta en las pérdidas más tempranas.

Kirkley-Best(110), en un estudio exploratorio de pérdida perinatal coincidieron con Cullberg(12), encontrando también que las pérdidas tardías en el embarazo estuvieron asociadas con reacciones de pena más intensas que las pérdidas tempranas.

Por otra parte, Kellner y cols.(111) encontraron que la edad gestacional no influyó en la elección de ver o dar nombre al recién nacido, pero que las edades gestacionales mayores se asociaron con mayor decisión de realizar un funeral.

4.2.2.2.- **Momento de la muerte:**

La muerte perinatal es por naturaleza inesperada.

Según Parkes(7), la "muerte dolorosa, horrorizante o mal tratada" puede ser particularmente difícil de enfrentar, y la muerte al nacer puede resultar un choque tanto para los padres como para el médico. Quizá pues, son más traumáticas cuando se producen durante el trabajo de parto o poco después del nacimiento.

Hay algunos casos en que puede preverse la pérdida y aunque la pena es la misma que cuando el recién nacido fallece inesperadamente, la pareja tiene la posibilidad de un potencial para la pesadumbre anticipada, que proporciona cierta preparación emocional para la pérdida final (Parkes,7).

Kellner y cols.(112) y Benfiel y cols.(113) encontraron que la intensidad del pesar materno en la muerte perinatal no se correlacionaba con la duración de la vida o la esperanza de vivir del RN. Sin embargo Lovell(13) observó que las mujeres cuyos neonatos vivieron, así fuera brevemente, tendían más a mostrar pesadumbre, mientras que las que tuvieron muertes fetales tendían a interiorizar la culpa por su "fracaso en la reproducción".

Esto concuerda con la observación de Peppers y Knapp(114) de que con los abortos y mortinatos se asocian sentimientos de culpa o fracaso, mientras que la ira tendía más a presentarse en mujeres que perdieron un recién nacido.

4.2.2.3.- **Malformados:**

El nacimiento de un hijo defectuoso causa pérdida de la autoestima y pesadumbre, por lo que puede esperarse que la muerte acompañada de anomalía exacerbe el proceso de pesar.

Cullberg(12) observó que las madres de neonatos malformados frecuentemente tuvieron reacciones de pesadumbre prolongada y síntomas de enfermedad psiquiátrica.

No obstante, Lovell(13) manifestó que cuando los profesionales expresaron que un neonato malformado era un "RN malo" y la muerte se presenta como "una bendición", la resolución era más favorable.

Así pues, parece ser que la *actitud de los profesionales médicos* hacia un neonato malformado muerto es sumamente importante, ya que actúan como base para la conducta de los padres.

4.2.2.4.- **Nacimientos múltiples:**

Lewis y Bryan(115) comunicaron que la muerte perinatal de un gemelo es una situación particularmente difícil porque crea confusión en el proceso de pena. Los padres se enfrentan a la dificultad de sentir pesar por la pérdida, al mismo tiempo que aceptan al gemelo vivo como un individuo singular. Wilson y cols.(116) encontraron que a pesar de la tendencia de la familia, amigos y personal asistencial a restar importancia a la muerte de un gemelo, no hubo disminución en la reacción de pesadumbre comunicada.

En algunos casos se ha visto que puede haber incluso rechazo hacia el gemelo sobreviviente. Así Rowe y cols.(106) observaron que la supervivencia de un gemelo aumenta la reacción de pesadumbre.

4.2.2.5.- **Reacciones de los profesionales:**

Quienes proporcionan atención médica también reaccionan a la pérdida del neonato y pueden sentir resentimiento, fracaso y sentimientos de culpa. Pueden enfrentarse a su ansiedad evitando la situación, reaccionando con la paciente de manera

hostil y despreciando o negando la gravedad de su pérdida (Bourne,117) (Cullbeg,12). Posteriormente Lovell(13) y Appleton y cols.(118) refiere que las pacientes se quejan de sentirse aisladas, que se les elude durante su estancia en el hospital y de haber sido dadas de alta antes de estar en condiciones. Esto coincide también con Giles(119), el cual encontró que aunque los médicos trataron los síntomas físicos y sedaron a las mujeres, en cerca de la mitad de los casos, evitaron dialogar sobre la muerte del recién nacido.

Estas pacientes no sólo desean compasión, sino también información para poder comprender las razones de la muerte y de esta forma eliminar conceptos erróneos y sentimientos de culpa (Brown,120). Es necesario, la mayoría de las veces, repetir la información para que esta sea bien interpretada (Condon,14) (Van Moffaert y cols.,121).

En un estudio realizado por Rowe y cols.(106) sólo 7 de 26 mujeres estudiadas estuvieron totalmente satisfechas de la información recibida. Observaron a su vez, que cuanto mayor era el grado de comprensión y satisfacción de las enfermas, menor era el grado de pesadumbre de las mismas.

Rouseau y Fierens(108) observan que el 45% de las madres estaban insatisfechas con la actitud del equipo médico, y demostraron que el riesgo relativo de las madres insatisfechas fué disminuyendo significativamente por actitudes positivas de soporte de sus médicos y cuidados de las enfermeras y matronas.

Así pues, parece evidente la dejación del obstetra de esta problemática y la trascendencia de este hecho, ya que todos los trabajos coinciden en que la morbilidad posterior a largo plazo, puede ser

prevenida por la actuación del personal médico en el paritorio, y el seguimiento posterior de la familia.

4.2.3.- INTERVENCIÓN

La persona en crisis es especialmente receptiva y puede ser objeto de intervenciones, si se da el momento y lugar idóneos, antes de que sean consolidadas las defensas rígidas y soluciones de inadaptación.

Diversos autores, (Papiernik y Bydlowsky,122) (Rousseau y Moreau,123) (Weiss,124) (Weiss y cols.,125) (Tomsyck,126), han estudiado la influencia de ciertos factores de riesgo, para beneficiar a las madres más expuestas dándoles mayor apoyo.

Según Nicol y cols.(127) y Layne(128) el elemento más importante parece ser la ausencia de sostén social.

Se debería establecer un seguimiento prolongado por los médicos hospitalarios, y ser continuado por los asistentes sociales y grupos de padres, tal y como concluye Rousseau(129) en 1988.

Más tarde, en 1993 Brown(120) observa que los cuidados pueden ayudar a la resolución del proceso de duelo; y Ewton(105) en 1994 refiere que los primeros cuidados pueden proveer de soporte para la resolución del duelo.

En Estados Unidos se han establecido en diversos centros pilotos programas de duelo perinatal cuyo objetivo es intentar intervenir en este proceso para buscar una resolución sana de la crisis, antes de que se perpetúen problemas o patrones interactivos significativos.

Así pues, la meta del seguimiento según refiere Ewton(105) es facilitar el proceso de pena y prevenir las penas patológicas.

Los objetivos del plan de intervención son:

- Brindar apoyo emocional.
- Procurar que los padres tengan todo el tiempo posible para la toma de decisiones.
- Facilitar el proceso de duelo.
- Atención medico-obstetrica de la mujer.

La intervención del equipo se realiza en distintas fases y en diferentes niveles.

4.2.3.1.- **Comunicación de la pérdida:**

Los padres desean información amplia, honesta y directa cuando sospechan por primera vez que algo va mal.

En las situaciones de muerte fetal intrauterina, el miembro del equipo de apoyo perinatal intenta reunirse con la familia antes del nacimiento o incluso en el momento en que se comunica a la pareja el diagnóstico, lo cual permite a los padres organizar sus ideas respecto a aspectos prácticos antes de tomar decisiones reales en cuanto a su hijo.

Si no hay conocimiento previo porque la muerte ha sido intraparto o postparto inmediato, el profesional atiende a la familia lo antes posible.

A veces el diagnóstico prenatal justifica la terminación inmediata del embarazo, por los riesgos que supone para la salud de la madre, lo que ocurre las menos veces, o la decisión de no traer al mundo un hijo anormal. En estos casos el proceso de apoyo que se ha prestado es muy semejante al que se da en casos de muerte fetal intrauterino.

4.2.3.2.- **Intervención durante el nacimiento:**

Las opciones e intervenciones en este momento se orientan a ayudar a la pareja a confirmar la realidad de la muerte perinatal y su relación con el recién nacido.

Como señaló Davidson(130), "la conformación perceptual de haber traído al mundo un hijo es parte crucial de la reorientación de la mujer después de la muerte del RN".

Las opciones que se ofrecen son:

- Ver y tocar al recién nacido:

Ya en 1972 Lewis(131) y Yates(132) recomendaban mostrar el cuerpo del recién nacido muerto a los padres, para vencer la mayor incredulidad que aparece cuando el cuerpo de la persona muerta no ha sido visto por los progenitores.

Este mismo principio ha sido sostenido por Stierman(102) y por Graham y cols.(133).

A pesar de lo inaceptable que pudiera parecer esta idea para la familia, hasta la fecha, los autores nunca han conocido un núcleo familiar que se haya arrepentido de ello, sin embargo si que ha habido parejas que lamentan no haber aprovechado esta oportunidad.

Según Bourne y Lewis(134), en un duelo normal es necesario mantener en la mente las imágenes de la persona muerta, hasta que con el tiempo se produzca la resolución, es decir un borramiento de las imágenes que aquella había provocado.

Los trabajos de Lewis(135)(136) confirman que aunque el RN sea deforme o este macerado debe ser mostrado a los padres con el cuerpo más o menos cubierto. Estos, tienden a concentrarse en las características normales del RN y a menudo comentarán que sus ideas sobre la anormalidad eran mucho peores que la realidad.

Kellner y cols.(112) encuentran que el 92% de las parejas desean ver a su hijo después de una muerte perinatal, y el 33% hace que otros también lo vean.

Más tarde Rouseau y Fierens(108) en 1994 refieren también que el hecho de que las madres vean al RN muerto disminuye el riesgo relativo de duelo patológico.

- Dar nombre al recién nacido:

El nombre permite que el RN tenga individualidad en la familia facilitando así los comentarios que se hagan sobre él para recordarlo y diferenciarlo de otros hijos. Además Bourne y cols.(134) aconseja que este mismo nombre no sea puesto a otro hijo posterior, ya que esto aumentaría las posibilidades de que se convirtiera en "hijo de reemplazo".

Dar nombre, recordar y asumir a los hijos muertos por parte de la familia, facilita el proceso de duelo y permite enfocar los sentimientos de pesar en este hijo, ya que sin una persona identificada por la cual sentir pesar, los padres son susceptibles de desplazar sentimientos de ira a otros hijos o a si mismos.

- Formación de recuerdos sobre el recién nacido:

Lewis, en varios de sus trabajos, (135)(136)(137), recomienda guardar el máximo de recuerdos como fotografías, huellas dactilares, mechones de pelo y brazaletes de identificación porque las pruebas concretas de la breve permanencia del hijo en su vida, facilita la resolución del proceso.

Es de suma importancia para los padres que rechazan quedarse con elementos de recuerdo, recibir información de que todos ellos estarán indefinidamente en el hospital, ya que pasada la crisis inicial se intensifica la nostalgia por su hijo y estos objetos pueden ayudarles a actualizar la pérdida.

- Decisiones respecto a la disposición del cuerpo:

La necropsia puede ser médicamente útil para aclarar la causa de muerte (Zhao,138) (Tyson,139) y también puede ser de provecho psicológico para que los padres se liberen de sentimientos de culpabilidad. Kellner(111) y Benfiel y cols.,(140) afirman que los padres frecuentemente aceptan que se realice la necropsia, a pesar de que haya una explicación clínica de la muerte.

Por otra parte Clyman y cols.(141), observan que aunque en el resultado de la necropsia no se encuentre nada fuera de lo común, la simple presencia de características normales puede dar seguridad a la pareja.

Los resultados de la necropsia deben ser dados a conocer por la persona encargada del equipo, quién debe conocer todos los aspectos psicológicos que estamos tratando para sacar a la información todo el rendimiento posible y no solo el del informe médico.

Entre las opciones seleccionadas con la disposición del cuerpo están un entierro privado o una disposición por el hospital. Es aconsejable el entierro privado ya que permite a los padres y a otras personas reconocer la muerte y manifestar su pesar. Además puede proporcionar consuelo el saber donde está su hijo, sobre todo en la fase de añoranza (Tudehope y cols.,142).

Es recomendable también que el funeral se demore hasta que la madre pueda asistir, si ella lo desea, según aconseja Benfiel y cols.(140).

4.2.3.3.- Orientación anticipada y seguimiento del proceso

- La pareja:

Antes de abandonar el hospital debe advertirse a los padres que pueden tener sentimientos intensos que

persisten largo tiempo, así como pensamientos sobre el RN, síntomas somáticos etc (Adolf,143). También deben ser preparados para el hecho de que amigos y familiares esperan que el trance lo superen en semanas más que en meses (Condon,14).

Se les deben aportar publicaciones sobre el duelo perinatal. En otros países existen folletos descritos por profesionales y padres con experiencia que pueden darse a la pareja antes del parto o de volver a su casa. En nuestro país todavía no existen estos folletos informativos, pero estamos seguros que con el tiempo se alcanzaran estas cotas informativas. El material impreso nunca sustituye al apoyo humano, pero da la oportunidad de afrontar el impacto completo de la pérdida en privado, tal y como describe Weiss y cols.(125).

También deben prepararse los esposos que han perdido un hijo para posibles conflictos maritales durante el proceso de pesar y animarles a una comunicación mútua ya que según Peppers y Knapp(114), esta falta de comunicación es la causa de las posibles desavenencias de pareja. Hecho que ha sido confirmado también por Rouseau y Fierens(108) en 1994 los cuales refieren que en el 17.2% de pérdidas perinatales se produce una afectación en la relación de pareja.

Además según corroboran Clyman(144) y Forrest(8) es común que cada miembro de la pareja experimente sentimientos diferentes, sufra a su propia manera y resuelva su pesadumbre en periodos diferentes, lo cual también contribuye a la aparición de problemas maritales, ya que existe una divergencia entre los dos elementos de la pareja a la hora de enfocar el problema.

Así según Kennell(6), Peppers y Knapp(114), y Wilson(116) las madres tienen reacciones de

pesadumbre más intensas y más sentimientos de culpa. Las madres también requirieron más tiempo para resolver su pesadumbre (Clyman y cols.,141) (Forrest y cols.,8). Para Furman(145) el sufrimiento de la madre por la pérdida del hijo es único, ya que ella sufre por la pérdida de una parte de si misma tanto física como mentalmente, mientras que para el padre la relación con el hijo ha sido siempre mental. Por otra parte, Peppers y Knapp(114) y Benfiel y cols.(113), concluyen que es frecuente que sean los padres los que se encarguen de los arreglos del funeral, lo cual puede acelerar la afirmación de la muerte y la pesadumbre subsiguiente. Además Kennell y cols.(6) y Forrest y cols.(8) observaron que los padres a menudo se sumergían en su trabajo y evitaban la expresión de sus sentimientos.

Dentro del programa de seguimiento de la pareja también debe abordarse el tema del embarazo siguiente: A pesar de la recomendación de que esperen de seis meses a un año para una nueva gestación, Wolff y cols.(96) y Forrest y cols.(8) constataron que el impulso emocional de volver a embarazarse parece ser muy fuerte y el tiempo anterior tiende a no cumplirse.

Se ha visto que los padres que se precipitan en otra gestación pueden poner al nuevo hijo y a sí mismos en un riesgo psicológico. Así Rowe y cols.(106), encontraron que la presencia de un lactante en casa, ya sea un gemelo sobreviviente o un RN concebido antes de cinco meses de la muerte, se asocia con pesadumbre patológica. Esta misma observación fué hecha por Bourne y Lewis(134) y Sainsbury(146).

Forrest y cols.(8) encontraron una incidencia del 55% de problemas psicológicos en mujeres que se embarazaron dentro de los seis meses siguientes a la pérdida. Estos resultados son similares a los de Rowe y cols.(106).

Sin embargo, estos resultados no concuerdan con los de La Roche y cols.(147), el cual no encuentra diferencias en la resolución del duelo en mujeres que se han embarazado antes o después de los cinco meses de la pérdida perinatal.

Phipps(148), en un estudio realizado en 15 parejas sobre un embarazo posterior apreció que las fechas que constituyeron hitos, como la semana en que se produjo la pérdida, estuvieron cargadas emocionalmente y que el 50% de las mujeres buscaron otro obstetra en este embarazo, para evitar asociaciones con la experiencia fallida. Esto ocurre con independencia de la actuación del obstetra.

Según Peppers y Knapp(109) el nacimiento de un nuevo hijo a menudo conllevará recuerdos del hijo muerto; sin embargo, cuando se produce en el periodo adecuado, el volver a recordar el pesar por la pérdida puede constituir una experiencia positiva, al proporcionar cierre del proceso. Por tanto el nuevo hijo, si nace en el tiempo de 18 a 24 meses, cierra el ciclo de percepciones psicológicas negativas en la pareja y sobre todo en la madre.

- Otros hijos y resto de la familia:

También se les debe ayudar a la pareja al enfoque inicial que deben dar a los hermanos sobre la pérdida (Weiss y cols.,125) (Carr-Gregg y Lennox,149). Furman(145) señala que auxiliar a los padres a afrontar eficazmente las necesidades de los otros hijos constituye un factor crítico para que recuperen su autoestima.

Además, Rouseau y Fierens(108) refieren que el 37.9% de los padres con pérdida perinatal tienen problemas de relación con el más pequeño de sus hijos vivos. También observaron que las relaciones patológicas de madre-hijo fueron incrementadas por

actitudes de nostalgia e insatisfacción de la madre, mientras que mejoraban si ella había visto al RN muerto y conocía la causa de su muerte.

Los hermanos del niño muerto sean probablemente los más olvidados y aislados, ya que los padres muchas veces desean protegerlos del dolor impidiendo que participen en el proceso de duelo familiar. El resultado de esto es bloquear la comunicación y preparar el terreno para fantasías e ideas no reales de la muerte, las cuales pueden persistir en forma que afecten la conducta y ajustes ulteriores de la vida (Canadian Pediatric Society,150).

Para Wathen(151), es importante que los padres expliquen la situación de forma simple y apropiada, porque ello ayuda a la resolución del duelo por parte de los hermanos.

En cuanto a su presencia en el funeral es discutida, pero no parece beneficiosa antes de los 5 ó 6 años (Carr-Gregg y Lennox,149).

Ya Bourne y Lewis(134) confirman que las complicaciones encontradas en los hermanos después de la muerte perinatal son las mismas que las descritas después de la muerte de un hermano o hermana como: manifestaciones de culpabilidad, fobias, enuresis, problemas de aprendizaje y depresión.

Lewis(135) comunica que los problemas psicológicos aparecen sobre todo a los hijos que siguen al nacido muerto y al gemelo sobreviviente, que pueden convertirse en "hijos de reemplazo". Guyotat(152), describe casos de problemas psicológicos una o dos generaciones después de una pérdida perinatal.

Se debe alertar a la pareja que los abuelos, resto de la familia y amigos no siempre entienden la

profundidad de la pérdida y su dolor, y tampoco conocen las formas de apoyo convenientes.

Los abuelos quieren proteger a sus hijos adultos de su dolor, y al igual que los padres, también han perdido parte de su futuro. Ellos, pueden constituir un apoyo para sus hijos y nietos, pero también pueden crear más dificultades al no intentar la expresión activa del duelo, de manera muy similar a como los padres tratan de negar el pesar de los hijos.

4.3.- ANSIEDAD Y DEPRESION

4.3.1.- GENERALIDADES:

4.3.1.1.- **Ansiedad:**

En muchas ocasiones la ansiedad ha sido considerada de forma bastante amplia y vaga. En algunos casos ha servido para designar un tipo de comportamiento, en otros un rasgo de personalidad y a veces a una causa (Chauveau,153).

La ansiedad es un estado emocional desagradable constituido por dos elementos: la espera de un acontecimiento impreciso que presenta carácter de peligro y fenómenos físicos objetivos y subjetivos.

En psiquiatría se admiten, por lo común, tres formas de expresión de la ansiedad:

- El ataque de angustia:

En general, el inicio suele ser brusco, sin causas aparentes. La persona se siente invadida por una sensación de peligro inminente. el sentimiento de una catástrofe sin que haya un motivo real y sin relación con un objeto o una situación especial.

El afectado se siente incapaz de conducir su pensamiento. Su sentimiento de desconcierto, de turbación, invade por completo su conciencia. Durante la crisis de ansiedad, la persona experimenta una

sensación de soledad total; se siente separada de su entorno habitual.

Por otra parte, existen signos físicos (somáticos) que están siempre presentes:

- manifestaciones cardiovasculares y respiratorias, tales como aceleración del pulso, respiración jadeante, sensación de ahogo, disnea etc.

- manifestaciones gastrointestinales como náuseas, vómitos, diarreas y dolores abdominales tipo cólico agudo.

- manifestaciones de tipo neurológico como temblores, vértigos, sensación de que fallan las piernas y visión borrosa.

Tales manifestaciones pertenecen al ámbito de la urgencia médica.

- El fondo ansioso permanente o estado ansioso crónico:

La forma clínica de este estado reproduce los elementos precedentes, aunque minimizados.

Debemos considerar dos elementos constituyentes:

- el humor del ansioso, en general, está compuesto de tristeza y espera acompañadas de un presentimiento, de una amenaza vaga y lejana que crea un estado de inseguridad permanente. El paciente no vive más que una perpetua duda, se vive en una tensión psicológica y fisiológica permanente que es responsable, de una irritabilidad excesiva y de una agresividad declarada en función de dicha hipermotividad. El humor se torna cambiante e inestable.

- manifestaciones funcionales, el conjunto de tales molestias nunca constituye una auténtica patología, sino que viene a ser producto de "ligeros transtornos" que logran irritar la vida de todos los días. Todo ello compone el marco del fondo ansioso permanente.

- Las formas somáticas de la ansiedad:

En esta forma la ansiedad invadirá uno o varios órganos del cuerpo, que no será uno cualquiera sino los que tienen una dimensión en la vida afectiva: pulmones (respiración), estomago e intestino.

Así pues, las alteraciones que se producen serán:

- cardiovasculares: palpitaciones, alteraciones del ritmo cardiaco, sensaciones dolorosas en la región cardiaca y modificaciones de la tensión arterial.

Todas ellas desaparecen rápidamente por sí mismas o tras lograr un estado de relajación.

- respiratorias: alteraciones del ritmo respiratorio y de la dificultad para recobrar su normalidad e impresiones de ahogo.

- gastrointestinales: perturbaciones del transito intestinal (diarrea, digestión pesada, flatulencia, etc) y sensaciones dolorosas de esta región (ardores, calambres, etc).

- neurológicas: cefaleas, impresiones de vértigo, inestabilidad locomotriz, sensación de vacío y temblores.

Es sorprendente comprobar que esta simtomatología se desencadena, habitualmente, cuando surgen situaciones conflictivas y tensiones.

- trastornos neurovegetativos: palidez, sudoración, parestesias, sequedad de boca, etc.

- alteraciones de los hábitos: trastornos del sueño, del apetito y de la sexualidad.

4.3.1.2.- Depresión:

Puede definirse como un trastorno psíquico, habitualmente recurrente, que cursa con una alteración del humor básico de tipo depresivo, a menudo acompañada de ansiedad y que pueden darse además otros síntomas psíquicos del tipo de inhibición, excitación y de la conducta en general, así como síntomas somáticos diversos.

La depresión puede ser asimismo, la única manifestación que presente un sujeto, o sea, una enfermedad en si misma; pero también puede acompañar, como un síntoma más, a otros trastornos mentales o físicos.

Casi siempre figura el síntoma propio de la depresión, es decir, el sentimiento de tristeza patológica que surge sin motivo aparente o que resulta desproporcionada, tanto en intensidad como en duración.

La depresión constituye uno de los típicos trastornos en los que sobre una personalidad con predisposición pueden incidir una serie de factores etiopatogénicos como: genéticos, somáticos, psíquicos, socioculturales y otros variados (Silva,154) (Sandín,155).

En cuanto a la personalidad, suelen ser sujetos sobrios, razonables, formales y con sentido del deber, escrupulosos moralmente, tendentes a culpabilizarse, etc.

El cuadro clínico que presenta el paciente está compuesto por:

- Alteraciones emocionales: aparece la tristeza patológica o humor depresivo, que se caracteriza por su calidad negativa, desagradable, displacentera, difícil de expresar y a veces difícil de percibir, por su naturaleza íntima y personal.

Otra manifestación frecuente es la ansiedad.

- Alteraciones del pensamiento: se caracteriza por su tonalidad "negra", pesimista y desagradable.

Aparecen tendencias a desvalorizarse a si mismo y a considerarse culpable de cuantas desgracias puedan sobrevenirle a él y a toda su familia.

No espera nada del futuro sino desgracias y malos augurios. Debe citarse la gran frecuencia de ideas recidivantes de muerte y suicidio.

En cuanto al curso de las ideas señalaremos la dificultad de ideación y una disminución general para discurrir, pensar y concentrarse (inhibición del pensamiento).

- Alteraciones somáticas: aparecen alteraciones del sueño (despertar de madrugada), disminución del apetito, alteraciones menstruales, sexuales y del peso, astenia fatigabilidad y dolores.

Las alteraciones digestivas son muy importantes y las más frecuentes, cabe destacar el estreñimiento, la sequedad de boca, dispepsia y dolores abdominales.

- Alteraciones de los ritmos vitales: el enfermo suele encontrarse peor de madrugada y por la mañana y mejor al anochecer.

El ritmo menstrual en la mujer y el estacional también se reflejan en la sintomatología.

- Alteraciones conductuales: disminución y enlentecimiento de rendimientos, actitudes asténicas, fatigabilidad, disminución de la atención y concentración, déficit de memoria, trastornos de la vida instintiva con disminución del impulso sexual, autoagresividad o conductas destructivas como alcoholismo, bulimia, exceso de tabaco etc.

4.3.2.- ANSIEDAD Y DEPRESION EN GESTACION Y PUERPERIO

La actitud ante el parto y el grado de ansiedad hacia la gestación y el futuro nacimiento del hijo, así como el temor a no ser una buena madre y no saber atender a su hijo correctamente, es resultado de multitud de influencias psicosociales (Clemente y cols.,156) (Clemente y cols.,157) (Crandon,158).

"La maternidad como vivencia individual representa una suma de distintas experiencias personales, de recuerdos, deseos y temores previos al momento de la gestación. El cuadro abigarrado de la psicología de la maternidad está acuñado por los contrastes del impulso de la propia conservación y de la función de procreación, de sexualidad y sentimiento maternal, de agresión y masoquismo, de actividad y pasividad, de feminidad y virilidad. El estudio de los influjos del pasado sobre los procesos de la función reproductora demuestra que posee gran importancia las experiencias de la infancia y de la pubertad, época en la que se moldea el "instinto maternal" en la mujer" (Rimbach 159).

Parece importante evocar dos mecanismos fundamentales de la personalidad de la gestante y puérpera para defenderse de la ansiedad que le produce la nueva situación de maternidad.

Estos mecanismos son:

- La regresión: es uno de los rasgos dominantes del psiquismo de la gestante. Sus manifestaciones sorprenden a veces a quienes la rodean, pero es a este precio cómo podrá enterrarse la ansiedad.

El aspecto más típico de esta regresión es un comportamiento infantil, de tal forma que las obligaciones cotidianas se difuminan y emerge la necesidad de que la escuchen, la cuiden, de modificar las costumbres, etc.

Tal regresión es necesaria para la integración de todas las modificaciones que van a producirse durante meses y permitirá así la sedación de la ansiedad.

- La introversión: ésta permite a la mujer conducir hacia el centro de su cuerpo todas las manifestaciones que por su naturaleza pudieran crear ansiedad. La futura madre ha construido una fortaleza donde no rigen los acontecimientos exteriores.

Por otra parte, en toda la literatura obstétrica y psiquiátrica se expone ampliamente la existencia de unos sentimientos depresivos que aparecen en el puerperio. Estos pueden presentarse como una tristeza, melancolía o depresión puerperal que sucede generalmente alrededor del cuarto y quinto día del posparto, que es benigna, que se caracteriza por un estado transitorio de llanto, depresión y ansiedad y que sucede con una frecuencia del 20 al 89% según autores (Buesching y cols.,160) (Clarke y Williams,161) (Banglow,162) (Jenkins y Clare,163). También puede aparecer en forma de grave enfermedad mental, psicosis puerperal, asociada con el proceso del nacimiento y el periodo postparto. Esta aparece con una frecuencia de 3.5 por 1000 mujeres (Quadagno y cols.,164), y su comienzo puede ser más tardío, incluso 6 meses después del parto.

La mujer con depresión suele encontrarse triste, sin energía, con el apetito disminuído, fatigada, sin ilusión por las actividades que realizaba, con irritabilidad aumentada, pensamientos de autodesaprobación y pérdida de la autoestima (Zisook, 165), temores injustificados sobre la salud del niño, e incapacidad de hacerse cargo del cuidado de su hijo.

La sintomatología de la psicosis puerperal puede cursar con fases maníaco-depresivas e incluir pérdida de orientación, pánico (Metz y cols.,166), excitación, obnubilación del sensorio, alucinaciones, ideas persecutorias y de suicidio, distanciamiento afectivo del esposo y familiares, y síntomas físicos como cefaleas, febrícula, temblores, sudoración y vértigos (Banglow,162).

El hecho de que las mujeres que presentan depresiones durante el puerperio tengan antecedentes de este mismo transtorno antes de la gestación (Buesching, 160) (Gotlib,167), así como la existencia de un 75% de

recurrencia de depresiones en sucesivas gestaciones (Garvey y cols.,168) (Frank y cols.,169) apuntan sobre el origen constitucional de la mujer agrabado por la situación estresante del nacimiento del hijo.

A la vez, una gran cantidad de variables han sido asociadas con la depresión puerperal y relacionadas con su etiología.

En la bibliografía revisada se atribuye influencia sobre la aparición de depresión puerperal a los siguientes factores psico-sociales-personales:

La edad (Troutman y Cutrona,170), antecedentes de tensión premenstrual, tipo de trabajo, nivel sociocultural, expectativas personales, riesgo neonatal, hábitos alimenticios del niño (Quadagno y cols.,164).

Un parto con complicaciones (Guzman y cols.,171)

El temperamento del niño (Cutrona y Trouman,172)

La lactancia materna (Alder y Brancfort,173)

El grado de apoyo social y emocional por parte de sus allegados, los sucesos vitales estresantes que ha padecido la madre (O'Hara y cols.,174) (O'Hara y cols.,175) (Gordon y cols.,176)

La mala relación entre la pareja (Kendell,177) (Dimitrouski y cols.,178) (Harvey y Mc.Grath,179)

Puntuación alta en neuroticismo determinada por el cuestionario de personalidad de Eysenck (Kendell y cols.,180)

Una predisposición constitucional a enfermedades afectivas, sentimientos ambivalentes acerca de la maternidad (Kendell y cols.,177)

Labilidad emocional, caracter disfórico (Harvey y Mc.Grath,179)

MATERIAL Y METODO

III.1.-MUESTRA

Hemos trabajado para nuestro estudio con un total de 94 mujeres distribuidas en tres grupos de trabajo.

Queremos dejar constancia de lo dificultoso que ha resultado reunir 94 mujeres decididas a emprender este estudio. Las dificultades son debidas de un lado a las bajas tasas de mortalidad perinatal Y, a que algunas de las pacientes que aceptaron integrarse con el paso del tiempo cambiaron sus planes y por último a que algunas mujeres no quisieron formar parte de este estudio.

Así pues aunque 94 mujeres cuando se las divide en los tres grupos que lo hemos hecho no son muchas, en todos ellos se ha alcanzado el número suficiente para que los resultados tengan validez estadística.

La recogida de toda la muestra se ha realizado, sin tener en cuenta los antecedentes familiares ni obstétrico-ginecológicos, así como tampoco el curso de su actual gestación ni la forma de terminación de la misma. Tampoco se ha valorado su situación socioeconómica, familiar o cultural. Sin embargo estos parámetros si que han sido estudiados posteriormente para valorar la homogeneidad de los grupos.

El único parámetro de exclusión ha sido tener antecedentes personales de alteraciones psicológicas o psiquiátricas.

La recogida de la muestra de los grupos de seguimiento y del de no seguimiento ha sido realizada en La Maternidad de la Ciudad Sanitaria la Fé y en el Hospital Lluís Alcañys de Xativa, a los cuales acuden fundamentalmente mujeres de clase social media a baja. La muestra del grupo control ha sido recogida exclusivamente en el Hospital Lluís Alcañys de Xativa.

1.1-Grupo control:

La muestra es recogida entre septiembre de 1.991 y octubre de 1.992. Lo constituían mujeres que habían tenido un hijo vivo y sano en gestaciones a término, independientemente de la vía de terminación de la misma.

La elección fue hecha en las mujeres que eran dadas de alta hospitalaria el día en que la investigadora pasaba visita médica, lo que ocurría con una periodicidad de cada 6 días, hasta completar lo que consideramos un número suficiente.

Iniciamos el estudio con un total de 45 mujeres; 3 de ellas lo abandonaron a los 6 meses, y otras 5 a los 12 meses.

1.2-Grupo de seguimiento:

La muestra fue recogida en el mismo periodo de tiempo que el grupo anterior.

Este grupo estaba constituido por mujeres con pérdida perinatal precoz, es decir, con feto muerto actual entre las 28 semanas de gestación y 7 días de vida del recién nacido.

Para ello nos pusimos en contacto con la supervisora de la planta en que son ingresadas las enfermas con feto muerto anteparto o aquellas que tuvieron una pérdida intraparto, con la finalidad de ser avisados cada vez que se produjera un ingreso.

De igual forma, contactamos también con el Servicio de Pediatría, para poder recoger la muestra de RN muertos en los primeros 7 días de vida.

Al recibir el aviso del ingreso, acudíamos a la planta para revisar la historia clínica y comprobar la edad gestacional, si era menor de 28 semanas, se excluía del estudio; pero si era de igual o más de 28 semanas, era incluida.

Se contactaba con la mayoría de mujeres pero no con la totalidad, ya que en ocasiones en el momento de ser avisados y de acudir la enferma ya había sido dada de alta hospitalaria.

Fueron candidatas al estudio 30 mujeres, de ellas 6 no desearon participar y 1 de las que lo inició lo abandonó a los 6 meses, quedando excluida de la muestra. De esta forma, nuestro grupo de seguimiento quedó formado por 23 mujeres; 21 con gestaciones únicas y 2 con gestaciones gemelares en las que ambos fetos nacieron muertos.

1.3-Grupo de no seguimiento:

Constituido por 34 mujeres, de 75 citadas, que el año anterior tuvieron una pérdida perinatal entre las 28 semanas de gestación y siete días de vida del RN.

De las citadas, el Servicio de Obstetricia-Ginecología sólo tuvo contacto previo con las mujeres que decidieron realizar necropsia al recién nacido, para informarle sobre la misma. El informe de dicha necropsia, fue transmitido por el facultativo adscrito en aquel momento en la consulta externa.

Se localizó a estas mujeres a través del Servicio de Archivos del hospital, el cual nos proporcionó las historias de aquellas mujeres con pérdida fetal.

Así, pudimos seleccionar las pérdidas perinatales precoces y conseguir la dirección y teléfono de las pacientes, procediendo a enviar una carta-citación a todas las mujeres que componían el grupo.

En ella se les notificaba la finalidad de nuestro estudio, dándoles una fecha de citación y proporcionándoles un número de teléfono, al cual podían dirigirse, para ser informadas más ampliamente o para poder cambiar la fecha de citación.

Si las mujeres no acudían a la cita, y no se habían puesto en contacto con nosotros en el plazo de 15 días, se les volvía a citar. A los 15 días de esta segunda citación, se volvió a confeccionar un nuevo listado con las pacientes que no habían acudido, citándolas nuevamente (Monleón y cols.,199).

A los 30 días dimos por terminado el tiempo de espera y confeccionamos el listado que definitivamente constituía el grupo compuesto de 35 mujeres que habían decidido acudir a la entrevista; sólo 1 de ellas se negó a participar en el estudio.

Todas ellas habían tenido gestaciones únicas, y una de estas mujeres había tenido otra pérdida fetal, a término, anteriormente.

En los grupos control y de seguimiento se practica un estudio prospectivo, mientras que en el grupo de no seguimiento, el estudio es transversal.

III.2.- MATERIAL

Para la valoración psicológica de las mujeres se les administraba los siguientes test:

- valoración de la ansiedad:

2.1- El STAI de Spielberger

2.2- Test de ansiedad de Cattell

- valoración de la depresión:

2.3- El inventario de depresión de Beck

2.4- La escala de depresión del MMPI

En todos los casos, la administración se hizo por la misma investigadora.

Las pruebas se realizaron en un despacho que reunía las condiciones propuestas por los autores, en

cuanto a la luminosidad, amplitud, ornamentación y ausencia de ruidos.

No tenemos constancia de que el orden de administración de los cuestionarios modifique los resultados, no obstante pensamos que era un aspecto a tener en cuenta, por ello siempre y en todos los grupos fueron administrados en el siguiente orden: Cuestionario de depresión de Beck, STAI de Spielberger, Test de ansiedad de Cattell y escala de depresión de MMPI.

A continuación detallamos el significado de cada uno de los apartados de la evaluación psicológica siguiendo a Fuentes y cols.(181).

2.1.- VALORACION DE LA ANSIEDAD:

2.1.1.- **El STAI de ansiedad** (State-Trait Anxiety Inventory)

Este cuestionario fue elaborado por Spielberger y cols.(182) en 1970, y se encuentra editado en T.E.A. Ediciones, Investigaciones y Publicaciones Psicológicas(183). Se considera, dentro de los instrumentos de evaluación psicológica, como un autoinforme.

Spielberger distingue entre ansiedad estado y ansiedad rasgo:

- La ansiedad estado(A/E) está conceptualizada como un estado o condición emocional transitoria del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de tensión y aprensión, así como por una hiperactividad del sistema nervioso autonómico con la importante característica de que varía a lo largo del tiempo fluctuando en su intensidad.

- La ansiedad rasgo(A/R) señala una relativamente estable propensión ansiosa por la que difieren los sujetos en su tendencia a percibir las situaciones como amenazantes y a responder a ésto con

elevaciones en su estado de ansiedad (A/E). Es decir, la ansiedad rasgo (A/R) implica diferencias entre los sujetos en su disposición para responder a situaciones estresantes con diferentes cantidades de ansiedad estado.

Así pues, en la escala ansiedad estado se pregunta por la intensidad con que se siente lo expresado por los items en ese momento, mientras que en la escala ansiedad rasgo se le pide al sujeto que evalúe la frecuencia con que siente generalmente los items de esa escala.

En principio, el STAI fue diseñado para una autoaplicación, y puede ser administrado individual y colectivamente. Puede utilizarse en adolescentes y adultos, y no tiene tiempo limitado de respuesta.

El cuestionario comprende escalas separadas de autoevaluación que miden dos conceptos independientes de la ansiedad, la ansiedad como estado (E) y la ansiedad como rasgo (R), tal y como hemos descrito en la introducción.

La escala Ansiedad Estado consta de 20 frases con las que el sujeto puede describir cómo se siente "en un momento particular".

Las respuestas a estos items se hacen en una escala de 4 pasos, de 0 a 3:

- 0= Nada
- 1= Algo
- 2= Bastante
- 3= Mucho

La escala de Ansiedad Rasgo también consta de 20 frases en las que el sujeto puede mostrar cómo se siente "generalmente"

Las respuestas a estos items, al igual que en la escala anterior (ansiedad estado) se hacen en una escala de 4 pasos, de 0 a 3:

- 0= Casi nunca
- 1= A veces
- 2= A menudo
- 3= Casi siempre

Las puntuaciones de ansiedad estado (A/E) y ansiedad rasgo (A/R) pueden variar desde un mínimo de 0 puntos hasta un máximo de 60 puntos, con matices diferentes en cada uno de ellos.

Hay que tener en cuenta que la versión del STAI contiene items directos que reflejan existencia de ansiedad, e items inversos que manifiestan ausencia de la misma. Ambos tipos de elementos se han entremezclado para evitar en lo posible el efecto de aquiescencia en las respuestas del sujeto.

En la escala A/E hay 10 items directos y 10 inversos, mientras que la escala A/R contiene 13 elementos directos y 7 inversos.

Los elementos de la escala invertida en cada parte son los siguientes:

Ansiedad estado (A/E): 1,2,5,8,10,11,15,16,19 y
20.

Ansiedad rasgo (A/R): 21,26,27,30,33,36 y 39.

Una vez obtenida la puntuación directa de la forma indicada, se transforman estas puntuaciones en centiles, teniendo en cuenta el sexo y edad del sujeto con los baremos pertinentes.

La puntuación centil indica el tanto por cien del grupo normativo al que un sujeto determinado es superior en la variable apreciada por el test.

A continuación se muestra el cuestionario al que hemos sometido a las mujeres.

STAI

APELLIDOS

NOMBRE

Fecha

A-E

Lea cada frase y señale la puntuación del 0 al 3 que indique mejor como se SIENTE Vd. AHORA MISMO.

0. No se siente NADA así.

1. Se siente ALGO así.

2. Se siente BASTANTE así.

3. Se siente MUCHO así.

1- Me siento calmada.

2- Me siento seguro.

3- Estoy tenso.

4- Estoy contrariado.

5- Me siento comodo(estoy agusto).

6- Me siento alterado.

7- Estoy preocupada por posibles desgracias futuras.

8- Me siento descansado.

9- Me siento angustiado.

10- Me siento confortable.

11- Tengo confianza en mi mismo.

12- Me siento nervioso.

13- Estoy desasosegado.

14- Me siento muy "atado"(como oprimido).

15- Estoy relajado.

16- Me siento satisfecho.

17- Estoy preocupado.

18- Me siento aturdido y sobreexcitado.

19- Me siento alegre.

20- En este momento me siento bien.

A-R

Lea cada frase y señale la puntuación del 0 al 3 que indique mejor como se SIENTE Vd. EN GENERAL.

0. No se siente CASI NUNCA así.

1. Se siente A VECES así.

3. Se siente A MENUDO así.

4. Se siente CASI SIEMPRE así.

21- Me siento bien.

22- Me canso rapidamente.

23- Siento ganas de llorar.

24- Me gustaria ser tan feliz como otros.

25- Pierdo oportunidades por no decidirme pronto.

26- Me siento descansado.

27- Soy una persona tranquila,serena y sosegada.

28- Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con todas ellas.

29- Me preocupo demasiado por cosas sin importancia.

30- Soy feliz.

31- Suelo tomar las cosas demasiado seriamente.

32- Me falta confianza en mi mismo.

33- Me siento seguro.

34- No suelo afrontar las crisis o dificultades.

35- Me siento triste(melancolico).

36- Estoy satisfecho.

37- Me rondan y molestan pensamientos sin importancia.

38- Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos.

39- Soy una persona estable.

40- Cuando pienso sobre preocupaciones y asuntos actuales, me pongo tenso y me agito.

2.1.2- **Test de ansiedad de RB Cattell** (Escala IPAT).

En el Institute for Personality and Ability Testing de Estados Unidos, Cattell(184) elaboró esta escala de ansiedad de 40 items, obtenidos en su mayor parte de la escala de personalidad del mismo autor.

Con este cuestionario se ha conseguido un test estándar de referencia para medir la ansiedad, construido a partir de unidades funcionales encontradas en los datos clínicos.

Es uno de los autoinformes que pueden ser clasificados dentro de la categoría de cuestionarios generales que evalúan el grado de ansiedad general del sujeto, además de otros aspectos que mencionaremos más tarde. Esta escala de ansiedad puede ser aplicada a ambos sexos, a todas las edades a partir de 14 ó 15 años y a la mayoría de niveles culturales.

La nota principal o global es una puntuación estándar de la "ansiedad total", que indica la puntuación del sujeto en una escala de once clases. Pero pueden obtenerse dos notas más en términos de:

- el papel de las estructuras de personalidad en su contribución a la ansiedad.
- una distinción entre la ansiedad manifiesta o sintomática, y ansiedad velada desplegada no conscientemente.

Este punto es muy importante pues puede haber una repercusión del "estado de ansiedad" en los estados biológicos del sujeto "sin que el paciente sea consciente de su estado ansioso" y la ansiedad velada nos puede demostrar esta alteración, que en la entrevista clínica puede pasar desapercibida. En este sentido, el conocimiento de la ansiedad en sus dos vertientes, mediante la Escala de Ansiedad I.P.A.T., adquirió especial relevancia.

Consta de 40 preguntas y correlaciona la ansiedad con una serie de "Factores Primarios" de Personalidad (Cattell, 1944).

La mayor parte de profesionales que utilizan este cuestionario se conforman con obtener tres notas, que refleja el factor de Ansiedad Total, Ansiedad Velada y Ansiedad Manifiesta. Pero otros pueden querer saber cuál de los cinco factores de personalidad que aquí se evalúan es el responsable fundamental de la producción de la ansiedad para ese sujeto particular.

Por ello la plantilla de corrección está preparada para poder distinguir en estos cinco factores su peso en la puntuación total. Vamos a describirlos por separado teniendo en cuenta que el aumento desproporcionado de uno de ellos, además de provocar un aumento en la totalidad, indica que la ansiedad que manifiesta el sujeto tiene en él al responsable.

Pasamos a exponer un breve resumen de las estructuras de personalidad resultantes del trabajo de análisis factorial en lo que concierne a los cinco factores.

SUBFACTOR Q-3, "desarrollo de la conciencia de si mismo"

Este factor, muestra aparentemente el grado de motivación a integrar el comportamiento individual alrededor de un sentimiento de él mismo, aceptado conscientemente y de estándares socialmente aprobados.

La falta de tal integración, es una de las causas mayores del desarrollo de la ansiedad.

Este factor puntúa negativamente, quiere esto decir que cuanto mayor es el valor que alcanza menor es el "desarrollo de la conciencia de sí mismo". Consta de 8 ítems

SUBFACTOR C, " fuerza del Yo "

Representa la capacidad de controlarse inmediatamente, y de expresar las tensiones de una manera adaptada y realista.

Su correlación negativa con la ansiedad, puede significar que estamos ante un "Yo" con muchas defensas, que va a engendrar ansiedad.

Puntuaciones altas en esta escala, también negativa, indican inestabilidad emocional o inmadurez. Consta de 6 ítems.

SUBFACTOR L, " tendencia paranoica "

La razón de la correlación de la tendencia paranoica con la ansiedad no está clara.

La situación social difícil, causada por el comportamiento paranoico, podría engendrar la ansiedad, o con más precisión, esta nota representa la participación de la inseguridad social a la ansiedad, que surge paralelamente al desarrollo de las defensas paranoicas (Cattell,184).

Puntuaciones elevadas, indican, además de la tendencia paranoica, que la persona es desconfiada e insegura. Consta de 4 ítems.

SUBFACTOR O, " propensión a la culpabilidad "

Este subfactor es conocido como representante de la culpabilidad ansiosa-depresiva.

Puede ser una propensión constitucional a la ansiedad, a modo de auto-acusación y ansiedad culpabilizadora.

Una puntuación alta indicaría un sentimiento de indignidad, ansia y depresión, con propensión a toda clase de sentimientos de culpabilidad. Consta de 12 ítems.

SUBFACTOR Q-4, " tensiónérgica "

Es uno de los componentes más importantes.

Parece representar el grado en el que la ansiedad es generada, por las necesidades insatisfechas de toda clase.

Puede dar cuenta de la relación positiva encontrada, en la mayor parte de los niveles, entre la ansiedad y el resultado del trabajo.

La necesidad de consideración y el temor de una situación, son siempre las pulsiones que se encuentran positivamente unidas a este componente.

Sus valores elevados se manifiestan con la propensión a la emotividad, la tensión, la irritabilidad y el nerviosismo. Consta de 10 ítems.

En cuanto a la puntuación global del cuestionario, diremos que cada uno de los ítems puede ser respondido como verdadero, interrogante o falso, puntuables como 2-1-2 respectivamente, obteniendo así, la puntuación directa. Una vez conseguidas estas puntuaciones directas, acudimos al baremo de mujeres y obtenemos las puntuaciones centiles, que nos representaran la posición relativa del sujeto con respecto a la población normal.

Se pueden obtener tres tipos de puntuaciones finales que proporcionan datos diferentes al investigador:

1.- Dintinción entre dos notas:

- Ansiedad Velada: mediante la suma de los primeros 20 ítems del test
- Ansiedad Manifiesta: mediante la suma de los ítems del 21 al 40

2.- Una sola puntuación de Ansiedad Total que se obtiene con la suma de las puntuaciones de la Ansiedad Velada y de la Ansiedad Manifiesta

3.- Distinción entre los cinco factores correspondientes a las estructuras de la personalidad que intervienen en la ansiedad:

- | | | |
|--------|--------------------------|-----------------|
| - Q-3: | por la suma de los ítems | 1-4 y 21-24 |
| - C: | " | " 5-7 y 25-27 |
| - L: | " | " 8-9 y 28-29 |
| - O: | " | " 10-15 y 30-35 |
| - Q-4: | " | " 16-20 y 36-40 |

A continuación exponemos un ejemplo de cuestionario idéntico al suministrado a las mujeres. En él se pueden determinar los subfactores de personalidad que antes hemos definido.

TEST DE ANSIEDAD DE CATTELL

APELLIDOS

NOMBRE

Fecha

Lea cada frase y señale, si en su caso, es verdadera o falsa, mediante una V ó una F respectivamente.

- 1- El interes que siento por la gente y las distracciones tiende a cambiar con facilidad.
- 2- El hecho de que la gente no tenga buena opinion de mi me intranquiliza.
- 3- Me gusta tener la seguridad de que lo que voy adedir es correcto antes de expresar una opinión.
- 4-Tengo tendencia a dejarme arrastrar por sentimientos de envidia.
- 5- Si tuviera que empezar de nuevo mi vida:
 - A) la organizaria de otra manera.
 - B) querria que fuera como ha sido.
- 6- Admiro a mis padres en todas las cuestiones de importancia.
- 7- Me molesta que me respondan "no", aun cuando se que lo que pido es imposible.
- 8- Dudo de la honestidad de la gente que se muestra conmigo mas amistosa de lo que esperaba.
- 9- Cuando me ordenaban o exigian mis padres (o superiores) obediencia, lo hacia:

- A) de manera razonable.
B) a menudo, irrazonablemente.
- 10- Tengo más necesidad de mis amigos que aparentemente ellos de mí.
- 11- Estoy convencido de que podre reunir mis fuerzas para hacer frente a una dificultad inesperada.
- 12- Cuando era pequeño tenia miedo de la oscuridad.
- 13- La gente me dice a veces que se nota facilmente mis emociones en mi voz y mis gestos.
- 14- Si la gente se aprovecha indebidamente de mi amabilidad:
A) me siento herido y le guardo rencor
B) lo olvido pronto
- 15- Las criticas de tipo personal que hace mucha gente tienden a confundirme mas que a ayudarme.
- 16- A menudo me encolerizo con la gente demasiado pronto.
- 17- Me siento inquieto como si deseara alguna cosa pero no se cual.
- 18- Me pregunto a veces si la gente con quien hablo está verdaderamente interesada en lo que digo
- 19- Jamás he sentido vagas impresiones de enfermedad tales como dolores mal definidos, transtornos de la digestión, palpitaciones del corazón, etc.
- 20- Discutiendo con ciertas personas, me encuentro tan molesto que apenas me atrevo a hablar.
- 21- Desgasto mas energias que la mayor parte de la gente, cuando hago cualquier cosa porque lo hago en tensión.
- 22- Me propongo no estar distraido y no olvidar los detalles.
- 23- Cualquiera que sean las dificultades inconvenientes de los obstaculos, persevero siempre y me mantengo fiel a mis primeras intenciones.
- 24- Tiendo a estar excitado y desorientado en las situaciones dificiles.
- 25- De vez en cuando, tengo pesadillas que me transtornan el sueño (pesadillas muy fuertes).
- 26- Tengo siempre suficientes energias cuando me encuentro ante dificultades.

- 27- A veces me siento forzado a contar cosas sin necesidad.
- 28- La mayor parte de la gente es un poco extravagante aunque no quiera reconocerlo.
- 29- Cuando cometo un error en sociedad soy capaz de olvidarlo facilmente.
- 30- Me siento intratable y no quiero ver a nadie:
A) ocasionalmente.
B) bastante a menudo.
- 31- Cuando las cosas me van mal, a veces, me entran ganas de llorar.
- 32- Incluso rodeado de un grupo de personas, me encuentro a veces invadido por el sentimiento de mi soledad.
- 33- Me despierto por la noche y, a causa de mis preocupaciones tengo dificultad en volver a coger el sueño.
- 34- Generalmente me encuentro en plena forma sean cuales sean las dificultades con que me encuentro.
- 35- Experimento a veces sentimientos de cosas sin importancia.
- 36- Tengo los nervios tan en tension, que ciertos ruidos, por ejemplo, el chirriar de una puerta, me parecen insoportables y me dan escalofrios.
- 37- Si algo me turba mucho, recupero habitualmente la calma con rapidez.
- 38- Tengo tendencia a temblar o sudar cuando pienso que debo hacer algo dificil.
- 39- Habitualmente me duermo con rapidez, pocos minutos despues de acostarme.
- 40- A veces me produce un estado de tension o agitacion cuando pienso en cosas que me han preocupado o interesado poco tiempo antes.

2.2.- VALORACION DE LA DEPRESION:

2.2.1.- **Cuestionario de depresión de Beck** (Beck Depression Inventory: BDI)

Esta escala es la de mayor utilización por clínicos e investigadores.

De estudios realizados por Beck y cols. (185)(186) y por Ruiz y cols.(187), entre otros, se deduce que el BDI muestra una adecuada fiabilidad test-retest y consistencia interna en la investigación con las distintas muestras de sujetos.

De igual modo, Garcia Hurtado(188) afirma que el BDI parece un instrumento adecuado para detectar depresión, en poblaciones no seleccionadas de la comunidad, cuando la depresión es definida de acuerdo con los criterios de la DSM-III(Manual Diagnóstico y Estadístico,189)

El cuestionario(190) se compone de 21 preguntas que permiten apreciar el nivel global de depresión, así como los cambios emocionales globales a lo largo del tiempo, reevaluar al sujeto con la periodicidad que se estime oportuna y obtener la valoración precisa de las cuestiones que caracterizan típicamente a la depresión: emociones negativas, nivel de actividad, problemas de interacción, sentimientos de menosprecio, inadecuación y culpa, y síntomas físicos.

Cada pregunta tiene un valor numérico que oscila de 0 a 3 puntos, en función de la intensidad o grado de severidad de la frase escogida.

En muchas categorías aparecen dos afirmaciones alternativas con un mismo valor numérico, en cuanto que ambas reflejan un valor idéntico de severidad.

Las preguntas fueron elegidas en base a su relación con las manifestaciones conductuales externas de la depresión.

De acuerdo con el sistema original de Beck, la categorización del nivel de depresión de los individuos, en base a su puntuación en el BDI, es la siguiente:

- No Depresión: de 0 a 9 puntos.
- Depresión "leve": de 10 a 15 puntos.
- Depresión "moderada": de 16 a 23 puntos.
- Depresión "severa": de 24 a 63 puntos.

A continuación se presenta un modelo del cuestionario que se les entregaba a las mujeres para que lo cumplimentasen:

CUESTIONARIO DE DEPRESION DE BECK

APELLIDOS

NOMBRE

Fecha

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos. A continuación, señale cual de las afirmaciones de cada grupo describe mejor sus sentimientos durante la ULTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DIA DE HOY. Rodee con un circulo el numero que esta a la izquierda de la afirmacion que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo, hay mas de una afirmacion que considere aplicable a su caso, marquela tambien. Asegurese de haber leído todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de hacer la eleccion.

- 1.- 0. No me siento triste
1. Me siento triste.
2. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo
3. Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo

- 2.- 0. No me siento especialmente desanimado de cara al futuro
1. Me siento desanimado de cara al futuro.
 2. Siento que no hay nada por lo que luchar.
 3. El futuro es desesperanzador y las cosas no puedo mejorarlo
- 3.- 0. No me siento como un fracasado.
1. He fracasado mas que la mayoria de las personas.
 2. Cuando miro hacia atras, lo unico que veo es un fracaso tras otro.
 3. Soy un fracaso total como persona.
- 4.- 0. Las cosas me satisfacen tanto como antes.
1. No disfruto de las cosas como antes.
 2. Ya no tengo ninguna satisfaccion de las cosas.
 3. Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo.
- 5.- 0. No me siento especialmente culpable.
1. Me siento culpable en bastantes ocasiones.
 2. Me siento culpable en la mayoria de las ocasiones.
 3. Me siento culpable constantemente.
- 6.- 0. No creo que este siendo castigado.
1. Siento que quizas este siendo castigado.
 2. Espero ser castigado.
 3. Siento que estoy siendo castigado.
- 7.- 0. No estoy descontento de mi mismo.
1. Estoy descontento de mi mismo.
 2. Estoy a disgusto conmigo mismo.
 3. Me detesto.
- 8.- 0. No me considero peor que cualquier otro.
1. Me autocritico por mi debilidad o por mis errores.

2. Continuamente me culpo por mis faltas.
 3. Me culpo por todo lo malo que sucede.
- 9.- 0. No tengo ningun pensamiento de suicidio.
1. A veces pienso en suicidarme pero no lo hare
 2. Desearia poner fin a mi vida.
 3. Me suicidaria si tuviese oportunidad.
- 10.- 0. No lloro mas de lo normal.
1. Ahora lloro mas que antes.
 2. Lloro continuamente.
 3. No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga.
- 11.- 0. No estoy especialmente irritado.
1. Me molesto o irritado mas facilmente que antes.
 2. Me siento irritado continuamente.
 3. Ahora no me irritan en absoluto cosas que me molestaban
- 12.- 0. No he perdido el interes por los demas.
1. Estoy menos interesado en los demas que antes.
 2. He perdido gran parte del interes por los demás.
 3. He perdido todo interes por los demas.
- 13.- 0. Tomo mis propias decisiones igual que antes.
1. Evito tomar decisiones mas que antes.
 2. Tomar decisiones me resulta mucho mas dificil que antes.
 3. Me es imposible tomar decisiones.
- 14.- 0. No creo tener peor aspecto que antes.
1. Estoy preocupado porque parezco envejecido más que antes.
 2. Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen aparecer poco atractivo

3. Creo que tengo un aspecto horrible.
- 15.- 0. Trabajo igual que antes.
 1. Me cuesta mas esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.
 2. Tengo que obligarme a mi mismo para hacer algo.
 3. Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.
- 16.- 0. Duermo tan bien como siempre.
 1. No duermo tan bien como antes.
 2. Me despierto 1 o 2 horas antes de lo habitual y me cuesta volverme a dormir.
 3. Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volverme a dormir.
- 17.- 0. No me siento mas cansado de lo normal.
 1. Me canso mas que antes.
 2. Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
 3. Estoy demasiado cansado para hacer nada.
- 18.- 0. Mi apetito no ha disminuido.
 1. No tengo tan buen apetito como antes.
 2. Ahora tengo mucho menos apetito.
 3. He perdido completamente el apetito.
- 19.- 0. No he perdido peso ultimamente.
 1. He perdido mas de 2 kilos.
 2. He perdido mas de 4 kilos.
 3. He perdido mas de 7 kilos.
 Estoy tratando intencionadamente de perder comiendo menos
 Si----- No-----
- 20.- 0. No estoy preocupado por mi salud.
 1. Me preocupan los problemas fisicos como dolores,etc.;el malestar de estomago o los catarros.
 2. Me preocupan las enfermedades y me resulta dificil pensar en otra cosa.

3. Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.
- 21.- 0. No he observado ningun cambio en mi interes sexo.
1. La relacion sexual me atrae menos que antes.
 2. Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes.
 3. He perdido totalmente el interes sexual.

2.2.2.- **Escala de depresión de MMPI** (Minnesota Multiphasic Personality Interventory)

Esta prueba es uno de los cuestionarios más utilizados por psiquiatras y psicólogos (Lubin y cols.,191), tanto en investigación como en el trabajo clínico (Butcher,192) cuya eficacia diagnóstica ya se había podido comprobar en otras patologias(Rojo y cols.,193)(García-Merita y cols., 194,195).

Hathaway y McKinley la crearon convencidos de la necesidad existente de una técnica objetiva para evaluar la personalidad desde diferentes ángulos por medio de escalas y perfiles útiles tanto para la investigación como para la práctica clínica (Nelson,196)(Hunsley y cols.,197).

Las escalas, cuidadosamente construidas y revalidadas, permiten diagnosticar ciertos aspectos de la personalidad de los adolescentes y adultos no analfabetos. Permiten, así mismo, estimar el grado de validez y precisión de los resultados obtenidos.

Originalmente se construyeron 10 escalas para el uso clínico del cuestionario, y fueron denominadas según las categorías de anormalidad que sirvieron de base para su construcción.

Estas escalas son:

- Hipocondriasis (Hs)
- Histéria (Hy)
- Desviación psicopática (Dp)
- Psicaténia (Pt)
- Masculinidad-Feminidad (Mf)
- Depresión (D)
- Esquizofrenia (Sz)
- Paranoia (Pd)
- Hipomanía (Ha)
- Introversión social

La utilización del baremo original de Minessota, proporciona puntuaciones típicas superiores a las reales, por lo que es más aconsejable, utilizar un baremo construido a partir de datos pertenecientes a sujetos españoles.

Existen varias adaptaciones al castellano pero sólo una comercializada en nuestro país, que es la que utilizaremos para nuestro estudio, Cuestionario de personalidad MMPI S. R. Hathaway, J.C. McKinley. Adaptación Española: Sección de tests de TEA, S.A. 6ª edición (198).

Tanto el baremo americano, como el español, sólo establecen diferencias en función del sexo y han sido obtenidas en sujetos adultos de 20 a 40 años.

Ahora, vamos a centrarnos en la ESCALA D (DEPRESIÓN), que es la que nosotros aplicaremos en nuestro estudio. Esta escala evalúa la intensidad del síntoma o síndrome conocido como depresión. Fue diseñada para diagnosticar los cuadros depresivos, contrastando la respuesta que daban sujetos maníaco-depresivos, en fase depresiva, con los que daban sujetos normales. Puede reflejar un estado depresivo momentáneo, o una depresión crónica de larga duración.

Nosotros administramos sólo la escala de depresión que consta de 60 elementos que se contestan como verdadero o falso.

Garcia-Merita (194) encuentra que los sujetos que ya han superado la depresión, aunque continúen

puntuando alto en la escala D, lo hacen a través de ítems distintos de aquellos en los que puntúan sujetos que aún presentan síntomas clínicos.

Una puntuación alta debe tomarse siempre en cuenta, aunque la persona examinada se muestre sonriente, pues es compatible con una fase subclínica (Hapgood,200).

Puntuaciones altas sugieren una escasa confianza en la propia capacidad, un sentimiento de irritabilidad, pesimismo, apatía, angustia, tendencia a la soledad e ideas de suicidio o deseos de morir. Puntuaciones moderadamente elevadas pueden reflejar una forma característica de ver la vida, a través de sus aspectos más pesimistas. Puntuaciones bajas, indican una visión optimista de la vida y corresponden a una persona libre de tensión y ansiedad, con un buen nivel de estabilidad emocional.

Una vez conseguida la puntuación directa, acudimos al baremo de mujeres de la escala de depresión para obtener la puntuación "T" o típica(media 50 y desviación 10).

Esto se hace porque las puntuaciones directas no pueden ser interpretadas en si mismas, es necesario transformarlas en una escala cuantitativa de significación uniforme, elaboradas a partir de los resultados de un grupo normativo.

El protocolo entregado a las mujeres para según él valorar su estado depresivo lo ponemos a continuación.

CUESTIONARIO DE MMPI (ESCALA DEPRESION)

Apellidos

Nombre

Fecha

Lea cada frase y señale si es verdadera o falsa, con una V ó una F respectivamente.

- 1- Tengo buen apetito.
- 2- El ruido me despierta facilmente.
- 3- En mi vida diaria hay muchas cosas que me resultan interesantes.
- 4- Actualmente tengo tanta capacidad de trabajo como antes.
- 5- Muy rara vez sufro estreñimiento.
- 6- A veces siento deseos de maldecir o jurar.
- 7- Me cuesta bastante concentrarme en una tarea o trabajo.
- 8- Raras veces me preocupo por mi salud.
- 9- A veces siento deseos de romper cosas.
- 10- He tenido periodos de dias,semanas o meses en los que no podia preocuparme por las cosas,porque no tenia animos para nada.
- 11- Mi sueño es irregular y desasosegado.
- 12- Mis razonamientos son ahora mejores que nunca.
- 13- Tengo tan buena salud fisica como la mayor parte de mis amigos.
- 14- Prefiero hacerme el desentendido con amigos del colegio o personas conocidas que no veo desde hace tiempo,a menos que ellos me hablen primero.
- 15- Soy una persona sociable y adaptable.
- 16- Todo parece ir sucediendo segun dijeron los profetas biblicos.
- 17- Algunas veces persisto en una cosa o tema hasta que los demas pierden la paciencia conmigo.
- 18- Me gustaria ser tan feliz como parecen ser los otros.

- 19- A veces hago rabiar (jugando) a los animales.
- 20- Decididamente no tengo confianza en mi mismo.
- 21- Normalmente siento que la vida vale la pena vivirla.
- 22- Se necesita discutir mucho para convencer a la mayor parte de la gente de la verdad.
- 23- Voy a la iglesia casi todas las semanas.
- 24- Creo en la segunda venida de Cristo.
- 25- No parece importarme lo que suceda.
- 27- Me parece ser tan capaz y despierto como la mayor parte de los que me rodean.
- 28- Nunca he vomitado sangre o sangrado al toser.
- 29- No me preocupa coger una enfermedad.
- 30- Me hieren profundamente las criticas y las reprensiones.
- 31- A veces siento que verdaderamente soy un inutil.
- 32- A veces siento deseos de liarme a puñetazos con alguien.
- 33- Casi todas las noches me duermo sin ideas o ideas o pensamientos molestos.
- 34- Durante los ultimos años he estado sano casi siempre.
- 35- Nunca he tenido un ataque o convulsiones.
- 36- Ahora no estoy ganando ni perdiendo peso.
- 37- Lloro con facilidad.
- 38- Actualmente no comprendo lo que leo con la facilidad que tenia antes.
- 39- Nunca me he sentido mejor que ahora.
- 40- Mi memoria parece ser normal.
- 41- Tengo miedo de volverme loco.
- 42- Siento debilidad general la mayor parte del tiempo.
- 43- A veces, cuando estoy turbado, comienzo a sudar, lo cual me molesta mucho.
- 44- No tengo accesos de alergia o asma.
- 45- Disfruto con muy diversas clases de juegos y diversiones.
- 46- Me gusta flirtear (coquetear).

- 47- A veces he estorbado a alguien que trataba de hacer algo, no porque eso importara mucho sino por cuestion de principios.
- 48- Me preocupo muchisimo.
- 49- Sueño frecuentemente sobre cosas que es mejor guardarlas para si mismo.
- 50- Creo que no soy mas nervioso que la mayoria
- 51- Algunas veces, sin razon alguna,o incluso cuando las cosas me van mal me siento animada mente feliz, "flotando entre nubes".
- 52- Me cuesta empezar a hacer cualquier cosa.
- 53- Sudo muy facilmente,incluso en dias frio.
- 54- Cuando salgo de casa no me preocupa si la puerta y las ventanas quedan cerradas.
- 55- No culpo a aquel que se aprovecha de otro que se expone a ello.
- 56- A veces estoy lleno de energias.
- 57- De cuando en cuando me divierten las bromas o chistes sucios.
- 58- Sufro ataques de nauseas y vomitos.
- 59- Trabajo bajo una tension muy grande.
- 60- Tengo epocas en las que me siento mas animoso que de costumbre sin que exista una razon especial.

III.3.- PROCEDIMIENTO

En todos los grupos además de la atención obstétrica se realiza un estudio de ansiedad y depresión. En el grupo control y en el de seguimiento se estudia la evolución en el tiempo(12 meses) de estas dos variables mientras que en el grupo de no seguimiento la valoración se realiza sólo al año de la pérdida perinatal. Además se administra un plan de apoyo unicamente al grupo de seguimiento.

Pasamos a comentar nuestra actuación en cada grupo:

3.1-Grupo control:

La primera entrevista se produjo en el momento del alta hospitalaria, es decir, al tercer o cuarto día en los partos vaginales y al séptimo o posterior día si la vía de terminación había sido cesárea.

Se les explicó detenidamente la finalidad y duración del estudio y se solicitó el consentimiento para participar.

Se practicó un reconocimiento médico de control del puerperio inmediato. Se les dieron las instrucciones pertinentes para los cuidados obstétrico-ginecológicos posteriores, y se les atendió las posibles demandas de anticoncepción, así como cualquier información que requirieron respecto al parto.

Además, se les hizo una valoración del estado de ansiedad y depresión mediante los tests:

El test de ansiedad de R.B. Cattell

El cuestionario de ansiedad de Spielberger (STAI)

El inventario de depresión de Beck

La escala de depresión de MMPI

Las mujeres fueron advertidas que la información es absolutamente confidencial.

La segunda entrevista se produce a los 6 meses del parto, siempre y cuando no se encuentre patología en los resultados de la primera entrevista, ya que si se observan puntuaciones altas de depresión o ansiedad que hacen suponer la existencia de una depresión puerperal, se citan telefónicamente para comentar los resultados y remitir al especialista pertinente. También se actúa de igual forma si aparece patología obstétrica.

Para ello se cita a la mujer en la consulta externa del centro, donde se le realiza un reconocimiento ginecológico con tacto bimanual, toma de citología cervico-vaginal y ecografía u otras analíticas, si fuera necesario.

Nuevamente, nos vuelven a cumplimentar los cuestionarios psicológicos mencionados para la evaluación de la depresión y ansiedad.

Si todas las pruebas médicas realizadas son normales, no valoramos a la mujer hasta el primer año del parto; pero si son patológicas, se les cita antes para el tratamiento médico oportuno.

Así pues, la tercera entrevista se produce al año de la primera.

Se practica un nuevo reconocimiento ginecológico y la cumplimentación de los test psicológicos.

3.2- Grupo de seguimiento:

El primer paso, fue ponernos en contacto con ellas, para explicarles detalladamente la finalidad del estudio, y solicitarles su participación voluntaria.

A este grupo de mujeres, se les proporciona atención médica y un plan de intervención en crisis, que luego detallaremos, durante un año.

* La atención médica consiste en:

- Seguimiento del puerperio
- Control ginecológico posterior, atendiendo las posibles demandas de anticoncepción
- Estudio de las posibles causas de muerte fetal

* Con el plan de intervención, se persiguen tres fines:

- Proporcionar el soporte humano necesario
- Ayudar a exteriorizar el duelo

-Promover el proceso de duelo apropiadamente, para que las fases del mismo (incredulidad, anhelo, desorientación y reorganización) se hagan adecuadamente.

La valoración del estado de ansiedad y depresión, se realiza mediante los mismos cuestionarios que el grupo control.

Para conseguir estos objetivos administramos el plan de intervención en la crisis de sufrimiento perinatal modificado de Lake y cols.(10), el cual pasamos a exponer:

1.- Antes del alta:

- Proporcionar soporte básico humano
- Ayudar a hacer real la pérdida, mediante ver y tocar al niño, ponerle nombre, hacer entierro, etc
- Desaconsejar una nueva gestación antes de aproximadamente de un año
- Animar a la expresión de emociones
- Animar a la comunicación abierta entre los miembros de la familia
- Preparación para los encuentros con la sociedad
- Archivar la información clínica, si no la desea en este momento
- Valorar la respuesta a la preparación de próximas entrevistas y acordar cita en seis semanas

2.- A las 6 semanas:

- Informe de la necropsia
- Valorar la evolución de los padres
- Aconsejar la liberación emocional
- Valorar la relación de la pareja
- Valorar el soporte social
- Acordar cita en seis meses

3.- A los 6 meses:

- Comentar dudas sobre la necropsia
- Volver a valorar la evolución de los padres
- Ver como evoluciona el soporte social
- Comentar los posibles problemas en las relaciones maritales o sexuales
- Discutir planes de un futuro embarazo
- Acordar una cita para el primer aniversario

4.- A los 12 meses:

- Aconsejar la expresión de tristeza en la fecha del aniversario
- Buscar soporte psicoterapéutico si existe reacción patológica
- Proporcionar soporte en caso de un posible embarazo planeado o ya en curso

La primera entrevista con este grupo, comienza durante su ingreso en el hospital, ya sea antes del nacimiento o en las primeras 24 horas postparto, intentando que esté presente también el padre. Durante esta entrevista se pretende que la pareja y sobre todo la mujer haga real la pérdida fetal .

Inicialmente, se le administra a las mujeres los cuestionarios de ansiedad y depresión antes mencionados.

Se les da información médica de las posibles malformaciones fetales y causa o causas de muerte, aconsejándoles dar la autorización para la realización de la necropsia.

Se les ofrece la oportunidad de ver y tocar al RN, y se les insta a que le pongan nombre propio, así como a que se informen del lugar donde queda enterrado y a que participen en las decisiones del funeral.

En caso de no desear información en este momento, se les hace saber que esta queda archivada, por si la desean más adelante.

Se les anima a que exterioricen sus sentimientos de culpabilidad, rabia y tristeza, y se prepara a la familia para asumir esta descarga. También se intenta ayudar a que la pareja reaccione frente a los encuentros con amigos y resto de sociedad (vecindad, compañeros de trabajo...), ya que se sienten ansiosos ante esta situación.

Finalmente, se les cita entre las 4-6 semanas después del parto, a ser posible acompañadas del marido.

La decisión de esta segunda entrevista no es arbitraria, ya que la fase de anhelo y búsqueda es más intensa durante este tiempo, siendo el objetivo orientar a la pareja en esta fase del proceso.

En el curso de ésta, se les informa con detalle de los resultados de la necropsia, así como, de la patología de la placenta, si existiera.

Se les oferta la posibilidad de terapia anticonceptiva.

Además, se les solicita una curva de glucemia, un estudio microbiológico y un cariotipo si el RN presentaba malformaciones.

Se intenta que la pareja integre al recién nacido muerto como un miembro distinto de la familia y evitar su reemplazamiento con otro embarazo.

Así, se les aconseja que esperen alrededor de un año para una nueva gestación.

También se valora la evolución de la pareja y el soporte social que reciben, a la vez que se les anima a la comunicación entre ellos.

Al final de esta entrevista, se concierta una tercera entrevista a los seis meses aproximadamente postparto.

Es en este momento, cuando las emociones características de la fase de desorientación (anorexia, insomnio y desorganización del pensamiento) son mas fuertes. Se efectúa una exploración ginecológica de la mujer, con toma de citología cervico-vaginal, tacto bimanual y ecografía u otras analíticas, si fuera necesario.

Se vuelve a comentar el resultado de la necropsia, si la pareja así lo desea.

Además, se valora la evolución de los padres en cuanto a síntomas tales como anorexia, insomnio, llanto, etc.

Después, se pregunta sobre las relaciones sexuales y de comunicación de la pareja, ya que durante esta fase suelen estar deterioradas por la pérdida del recién nacido, y si la pareja no puede identificar la causa del conflicto, el problema se intensifica según pasa el tiempo.

También se comentan los planes de un futuro embarazo, y se intenta tranquilizar a los padres, ante la incertidumbre de esta nueva situación.

Se les anima para una comunicación abierta entre ellos.

Además, se vuelve a valorar el estado de ansiedad y depresión con la cumplimentación de los cuestionarios psicológicos mencionados.

La cuarta entrevista y última, se realiza en el primer aniversario de la muerte, ya que durante este tiempo, puede producirse una agudización de las fases del duelo.

Los fines de esta entrevista son:

- aconsejar la expresión de tristeza en la fecha del aniversario.
- buscar soporte psicoterapéutico si existiese reacción patológica evidente
- Proporcionar apoyo en caso de un futuro embarazo planeado o ya en curso.

Durante la entrevista, intentamos que la pareja exteriorizara sus sentimientos en el aniversario de la muerte, al igual que sus posibles temores hacia un embarazo futuro o ya en curso.

A la vez, se les informa que nuestro centro permanece a su disposición no sólo para el control de dicha gestación, sino también para cualquier otro problema ginecológico que pudieran presentar.

La mujer vuelve a cumplimentar los test de ansiedad y depresión, y se valora la evolución de su proceso de duelo y la posible aparición de reacciones patológicas.

3.3- Grupo de no seguimiento:

Una vez las mujeres acudían a nuestra entrevista, les explicábamos detalladamente cual era la finalidad de nuestro estudio y si libre y voluntariamente deseaban participar en él.

Sí la respuesta era afirmativa, lo que ocurrió en el 45% de los casos, se les administraban los mismos cuestionarios de ansiedad y depresión, que a los grupos anteriores.

Posteriormente hablabamos con ellas sobre las posibles dudas que pudieran tener sobre la muerte de su hijo y lo ocurrido en aquel momento. Les damos a conocer la anatomía patológica de la placenta, en el caso de que existiera y lo desearan. Comentábamos cuales habían sido sus sentimientos y como se encontraban en este momento, en la fecha del aniversario.

Las animábamos a otra nueva gestación, si la deseaban, e intentábamos tranquilizarlas si esta estaba ya en curso.

Aunque la mujer no quisiera participar en el estudio, esta información y apoyo se le daba igualmente, si ella no se oponía al mismo.

III.4.- ANALISIS ESTADISTICO

Se utilizan las técnicas de estadística descriptiva: Media aritmética o típica y Desviación Estandar(SD) para las variables obstétricas continuas, y los porcentajes para las discretas.

Los resultados de las pruebas psicológicas al ser variables discretas, se muestran utilizando las graficas de cajas identada y bigotes(201). Se calculan también los intervalos de confianza de la media al 95%, al comprobar mediante el test de Kolgomorow-Smirnow que presentan una distribución normal.

El gráfico de cajas identada y bigotes muestra una caja cuyos lados superior e inferior equivalen al percentil 75 y al percentil 25 respectivamente; la línea horizontal central representa la mediana, y las identaciones laterales el intervalo de confianza del 95% de la mediana.

La anchura de la caja es proporcional a la raiz cuadrada del número de sujetos.

Las líneas verticales que se encuentran por encima y por debajo de las cajas alcanzan hasta el último valor, siempre que éste se encuentre dentro de 1.5 veces el rango intercuartil. Los valores de fuera de este rango se muestran como puntos aislados.

Para comparar las variables obstétricas entre los grupos, se utilizó un análisis de varianza (Anova), un test de "Chi" Cuadrado o un test exacto de Fisher según el número de categorías a comparar y el número de sujetos en cada caso.

Para estudiar los cambios de las variables psicométricas en cada grupo de pacientes con el avance del tiempo, se utiliza un análisis de la

varianza no paramétrico de medidas repetidas (Test de Friedman). Se usa el no paramétrico por el tamaño desigual de los tres grupos a comparar.

En caso de que hubieran diferencias se demuestra a que grupo se debe analizando el intervalo de confianza (IC) de la mediana dado en la gráfica de cajas y bigotes.

Para comparar el grupo control y el de seguimiento, al nacimiento y a los 6 meses se utiliza el Test de Wilcoxon, utilizando el estadístico Z para muestras grandes.

En el mes 12 se comparan estos grupos con el grupo de no seguimiento mediante un análisis de la varianza no paramétrico de Kruskal-Wallis, y el IC dado en la gráfica.

Se ha considerado un nivel de error alfa de 0.05 para todos los estudios.

Todos los cálculos se han realizado mediante el programa SPSS y un ordenador 486 CX.

RESULTADOS

IV.1.- PARAMETROS SOCIO-ECONOMICOS:

1.- EDAD:

La edad media de las pacientes fue de $28 \pm (\text{SD } 4)$ años para el grupo control; $30 \pm (\text{SD } 4)$ para el grupo de seguimiento y $28 \pm (\text{SD } 4)$ para el grupo de no seguimiento.

No se encontraron diferencias al comparar los tres grupos (Tabla 1).

TABLA 1. EDAD EN AÑOS EN LOS GRUPOS

EDAD	CONTROL (n=37)	SEGUIMIENTO (n=23)	NO SEGUIMIENTO (n=34)
MEDIA	28	30	28
SD	4	4	4
RANGO	26-30	22-35	19-39

$$F = 2.18$$

$$F_{2,95\%} = 3.15$$

$$p > 0.05$$

2.- ESTADO CIVIL:

Al analizar la muestra vimos que el 94.6% eran casadas, el 4.2% eran solteras, mientras que el 1.2% eran separadas; no encontrándose diferencias entre los grupos cuyos valores al respecto se especifican en la tabla 2.

Así pues, nuestra muestra estaba compuesta mayoritariamente por mujeres casadas en los tres grupos del estudio.

TABLA 2. CONDICION CIVIL DE LAS MUJERES

ESTADO CIVIL	CONTROL (n=37)	SEGUIMIENTO (n=23)	NO SEGUIMIENTO (n=34)	TOTAL (n=94)
CASADA	35 (94,6%)	21 (91.3%)	33 (97.0%)	89 (94.6%)
SOLTERA	2 (5.4%)	1 (4.4%)	1 (3.0%)	4 (4.2%)
SEPARADA	0	1 (4.3%)	0	1 (1.2%)

$$\chi^2_p = 0.42$$

$$\chi^2_{2;95\%} = 5.99$$

$$p > 0.05$$

3.- LUGAR DE RESIDENCIA:

Hemos establecido dos apartados: Rural y urbano, considerando como urbano las ciudades con más de 10.000 habitantes.

En el total del estudio encontramos que el 50% era rural y el otro 50% urbano, no encontrando diferencias entre los grupos como puede verse en la tabla 3.

TABLA 3. FACTOR DEMOGRAFICO DE LOS GRUPOS

LUGAR DE RESIDENCIA	CONTROL (n=37)	SEGUIMIENTO (n=23)	NO SEGUIMIENTO (n=34)	TOTAL (n=94)
RURAL	20 (54.%)	11 (47.8%)	16 (47%)	47 (50%)
URBANO	17 (46.%)	12 (52.2%)	18 (53%)	47 (50%)

$$\chi^2_p = 0.40$$

$$\chi^2_{2;95\%} = 5.99$$

$$p > 0.05$$

4.- TRABAJO:

Hemos agrupado a las mujeres según realizasen un trabajo doméstico (amas de casa) o extradoméstico remunerado, observando que el 51% eran amas de casa, mientras que el 49% trabajaban fuera del hogar. No encontramos diferencias entre los grupos en que hemos dividido la muestra (Tabla 4).

TABLA 4. CONDICION LABORAL DE LAS MUJERES

TRABAJO	CONTROL (n=37)	SEGUIMIENTO (n=23)	NO SEGUIMIENTO (n=34)	TOTAL (n=94)
REMUNERADO	18 (48.6)	12 (52.2%)	18 (53.0%)	48 (51%)
NO REMUNERADO	19 (51.4%)	11 (47.8%)	16 (47.0%)	46 (49%)

$$\chi^2_p = 0.15$$

$$\chi^2_{2;95\%} = 5.99$$

$$p > 0.05$$

IV.2.- PARAMETROS OBSTETRICOS:

1.- Antecedentes obstétricos:

1.1.- NUMERO DE GESTACIONES:

En su cálculo hemos considerado al embarazo actual, encontrando el 49% de primigestas y el 51% de multigestas. No habían diferencias entre los grupos como se aprecia en la tabla 5.

Hay que señalar que 5 mujeres del grupo control, una del grupo de seguimiento y dos del grupo de no seguimiento habían tenido abortos anteriores, lo que supone el 13.5%, el 4.3% y el 5.8% respectivamente en cada uno de ellos. En el total de los 94 casos los 5 abortos suponen el 27.7%. Cabe destacar que 1 de las 5 mujeres del grupo control había tenido dos abortos anteriores.

TABLA 5. NUMERO DE GESTACIONES (CON LA ACTUAL)
SEGUN GRUPO ESTUDIADO

GESTACION	CONTROL (n=37)	SEGUIMIEMTO (n=23)	NO SEGUIMIENTO (n=34)	TOTAL (n=94)
PRIMIGESTA	15 (40.5%)	13 (56.5%)	18 (53%)	46 (49%)
MULTIGESTA	22 (59.5%)	10 (43.5%)	16 (47%)	48 (51%)

$$\chi^2_p = 1.79$$

$$\chi^2_{2;95\%} = 5.99$$

$$p > 0.05$$

1.2.- NUMERO DE PARTOS:

Hemos considerado múltiparas cuando la mujer tenía más de un parto previo al actual.

Vimos que el 54.3% eran nulíparas, el 35.1% primíparas y el 10.6% múltiparas, no encontrándose diferencias entre los tres grupos (Tabla 6).

Sin embargo en los tres grupos había un predominio de mujeres en las que este nacimiento suponía su primer hijo, seguidas de las que tenían otro hijo en casa y finalmente estaban las que tenían más de un hijo, con bastante diferencia respecto a las anteriores.

TABLA 6. NUMERO DE PARIDADES PREVIAS DE LAS MUJERES

PARIDAD	CONTROL (n=37)	SEGUIMIENTO (n=23)	NO SEGUIMIENTO (n=34)	TOTAL (n=94)
NULIPARA	17 (46.0%)	13 (56.5%)	21 (61.8%)	51 (54.3%)
PRIMIPARA	14 (37.8%)	9 (39.1%)	10 (29.4%)	33 (35.1%)
MULTIPARA	6 (16.2%)	1 (4.4%)	3 (8.8%)	10 (10.6%)

$$\chi^2_p = 3.39$$

$$\chi^2_{4;95\%} = 9.49$$

$$p > 0.05$$

2.- **Gestación actual:** En este apartado hemos considerado sólo al grupo de seguimiento y el de no seguimiento, habiendo excluido el grupo control.

2.1.- EVOLUCION DE LA GESTACION:

Al estudiar si había aparecido patología obstétrica en la actual gestación, vimos que esta se encontraba en el 40.4% de la muestra, mientras que el 59.6% restante había tenido un curso normal de gestación como se muestra en la Tabla 7-A.

TABLA 7-A. EVOLUCION DE LA GESTACION ACTUAL

GESTACION	SEGUIMIENTO (n=23)	NO SEGUIMIENTO (n=34)	TOTAL (n=57)
PATOLOGICA	9 (39.1%)	14 (41.2%)	23 (40.4%)
SIN PATOLOGIA	14 (60.9%)	20 (58.8%)	34 (59.6%)

$$\chi^2_p = 0.02$$

$$\chi^2_{1;95\%} = 3.84$$

$$p > 0.05$$

En las gestaciones de curso patológico: encontramos 7 sospechas de RCIU, 5 gestosis (3 de ellas con sospecha de RCIU acompañada), 2 RPM precoces, 4 polihidamnios, 2 diabetes gestacionales, 2 placenta previa central y 1 enferma con títulos de toxoplasmosis elevados (Tabla 7-B).

TABLA 7-B. PATOLOGIA DE LA GESTACION ACTUAL

CURSO GESTACION	SEGUIMIENTO (n=23)	NO SEGUIMIENTO (n=34)	TOTAL (n=57)
SOSPECHA RCIU	2 (8.7%)	5 (14.7%)	7 (12.3%)
GESTOSIS	2 (8.7 %)	3 (8.9 %)	5 (8.8%)
RPM PRECOZ	1 (4.3%)	1 (2.9%)	2 (3.6%)
POLIHIDRAMNIOS	1 (4.3%)	3 (8.9%)	4 (7.0%)
DIABETES GESTACIONAL	1 (4.3%)	1 (2.9%)	2 (3.5%)
PLACENTA PREVIA	2 (8.7%)	0	2 (3.5%)
TOXOPLASMOSIS	0	1 (2.9%)	1 (1.7%)

$$\chi^2_P = 4.6$$

$$\chi^2_{1;95\%} = 3.84$$

$$P > 0.05$$

2.2.- PATOLOGIA ASOCIADA:

Encontramos, que el 61.4% de las gestantes no presentaba patología materna asociada, frente al 38,6% que sí la padecía (Tabla 8-A).

No se encontraron diferencias entre los grupos.

TABLA 8-A. ESTUDIO ESTADISTICO DE MUJERES CON PATOLOGIA Y SIN PATOLOGIA

GESTANTES	SEGUIMIENTO (n=23)	NO SEGUIMIENTO (n=34)	TOTAL (n=57)
CON PATOLOGIA	11 (47.8%)	11 (32.4%)	22 (38.6%)
SIN PATOLOGIA	12 (52.2%)	23 (67.7%)	35 (61.4%)

$$\chi^2_p = 1.39$$

$$\chi^2_{1;95\%} = 3.84$$

$$p > 0.05$$

La patología más frecuente fue la hipertensión (8.7%) y la patología pélvica (8.7%), 5 enfermas tenían mioma uterino, seguidas de la patología renal (5.2%) y la diabetes (3.5%); 3 de las pacientes habían tenido una esterilidad anterior tal y como se muestra en la tabla 8-B.

No se encuentran diferencias entre los grupos.

TABLA 8-B. PATOLOGIA MATERNA ASOCIADA DURANTE LA ACTUAL GESTACION

PATOLOGIA ASOCIADA	SEGUIMIENTO (n=23)	NO SEGUIMIENTO (n=34)	TOTAL (n=57)
DIABETES	1 (4.3%)	1 (2.9%)	2 (3.4%)
PATOLOGIA RENAL	2 (8.8%)	1 (2.9%)	3 (5.2%)
HIPERTENSION	1 (4.3%)	4 (11.8%)	5 (8.8%)
PATOLOGIA PELVICA	3 (13.2%)	2 (5.9%)	5 (8.8%)
BOCIO	1 (4.3%)	0	1 (1.8%)
NEUROFIBROMATOSIS	0	1 (2.9%)	1 (1.8%)
DISTROFIA MUSCULAR	1 (4.3%)	0	1 (1.8%)
ENFERMEDAD DE CRHON	1 (4.3%)	0	1 (1.8%)
ESTERILIDAD	1 (4.3%)	2 (5.9%)	3 (5.2%)

$$\chi^2_p = 5.35$$

$$\chi^2_{9; 95\%} = 16.20$$

$$p > 0.05$$

2.3.- EDAD DE GESTACION:

Esta variable se evaluó en el momento en que se produjo la muerte fetal, siendo medida en semanas completas.

Observamos, que el 57.9% correspondía a gestaciones entre la 28 y 36 semanas, el 42.1% eran gestaciones a término (37-42 semanas), no encontrándose ninguna gestación cronológicamente prolongada.

No aparecieron diferencias entre los dos grupos.

TABLA 9. EDAD GESTACIONAL EN EL MOMENTO DE LA MUERTE FETAL

SEMANAS	SEGUIMIENTO (n=23)	NO SEGUIMIENTO (n=34)	TOTAL (n=57)
PRETERMINO 28-36 semanas	14 (60.9%)	19 (55.9%)	33 (57.9%)
TERMINO 37-42 semanas	9 (39.1%)	15 (44.1%)	24 (42.1%)
POSTERMINO más de 42 semanas	0	0	0

$$\chi^2_p = 0.14$$

$$\chi^2_{1;95\%} = 3.84$$

$$p > 0.05$$

2.4.- MOMENTO DE LA MUERTE FETAL:

Para evaluarla tomamos como punto de referencia el parto.

Hemos de hacer constar que en este parámetro como en otros sucesivos, el número de sujetos del grupo de seguimiento es de 25, debido a la existencia de dos gestaciones gemelares en este grupo.

Así, tuvimos el 64.4% de fetos muertos anteparto, el 15.2% intraparto y el 20.3% posparto.

En esta variable encontramos diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=7.2$; $p<0.05$), obtenidas por un menor número de muertes intraparto y un mayor número de muertes postparto en el grupo de seguimiento (Tabla 10).

TABLA 10. MOMENTO EN QUE SE PRODUCE LA MUERTE FETAL CON RELACION AL PARTO

MUERTE FETAL	SEGUIMIENTO (n=25)	NO SEGUIMIENTO (n=34)	TOTAL (n=59)
ANTEPARTO	14 (56%)	24 (70.6%)	38 (64.4%)
INTRAPARTO	2 (8%)	7 (20.6%)	9 (15.3%)
POSTPARTO	9 (36%)	3 (8.8%)	12 (20.3%)

$$\chi^2_p = 7.2$$

$$\chi^2_{2;95\%} = 5.99$$

$$p < 0.01$$

2.5.- ESTUDIO DE LA HEMOSTASIA:

En él hemos considerado los valores normales o patológicos de fibrinógeno, tiempo de trombina, y la existencia o no de PDF (producto de degradación del fibrinógeno).

De las 57 mujeres estudiadas, el 89.5% no presentaron alteraciones de estos valores ni al ingreso, ni durante el tiempo desde que se diagnosticó la muerte fetal hasta la inducción o inicio espontáneo del parto.

Sin embargo el 10.5% si presentó alteraciones de la hemostasia. En 4 casos se produjo un aumento del fibrinógeno, y en otros 2 aparecieron PDF.

Como vemos generalmente no se altera la hemostasia en nuestras mujeres, posiblemente debido a nuestra actitud activa en finalizar la gestación.

No apreciamos diferencias entre ambos grupos (Tabla 11).

TABLA 11. ESTUDIO DE LA HEMOSTASIA PREVIO AL NACIMIENTO EN LAS MADRES

HEMOSTASIA	SEGUIMIENTO (n=23)	NO SEGUIMIENTO (n=34)	TOTAL (n=57)
NORMAL	21 (91.3%)	30 (88.2%)	51 (89.5%)
PATOLOGICA	2 (8.7%)	4 (11.8%)	6 (10.5%)

Test de
Fischer

P> 0.05

2.6.-ESTATICA FETAL:

Encontramos un predominio de la presentación cefálica con un 74.6% de los casos, seguida de la presentación podálica en el 23.7%. Sólo tuvimos 1 situación trasversa, en el grupo de seguimiento, lo que supuso el 1.7% de la muestra.

Tampoco en este caso se encontraron diferencias entre los grupos (Tabla 12).

TABLA 12. SITUACION FETAL EN GRUPO SEGUIMIENTO Y DE NO SEGUIMIENTO

ESTATICA FETAL	SEGUIMIENTO (n=25)	NO SEGUIMIENTO (n=34)	TOTAL (n=59)
CEFALICA	18 (72%)	26 (76.5%)	44 (74.6%)
PODALICA	6 (24%)	8 (23.5%)	14 (23.7%)
TRANSVERSA	1 (4%)	0	1 (1.7%)

$$\chi^2_p = 1.40$$

$$\chi^2_{2;95\%} = 5.99$$

$$p > 0.05$$

2.7.- INICIO DEL PARTO:

Hemos valorado este variable según la enferma comenzara espontáneamente el parto, o este fuera inducido; además también se ha tenido en cuenta, la indicación de cesarea electiva

En este estudio vemos que el 33.3% de las mujeres iniciaron el parto espontáneamente, el 42.1% tuvieron que ser inducidas, mientras que en el 24.6% se practicó una cesárea siendo las indicaciones: 8 por desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta, 2 por placenta previa central, 1 por hipertensión, 2 por mala historia obstétrica y 1 por hidrocefalia. Se observa que hay un mayor número de partos inducidos por nuestra actitud activa ante estas mujeres.

No encontramos diferencias significativas entre el grupo de seguimiento y el de no seguimiento (Tabla 13).

TABLA 13. FORMA DE INICIO DEL PARTO

INICIO	SEGUIMIENTO (n=23)	NO SEGUIMIENTO (n=34)	TOTAL (n=57)
ESPONTANEO	7 (30.4%)	12 (35.2%)	19 (33.3%)
INDUCIDO	10 (43.5)	14 (41.2%)	24 (42.1%)
CST ELECTIVA	6 (26.1%)	8 (23.5%)	14 (24.6%)

$$\chi^2_p = 0.15$$

$$\chi^2_{2,95\%} = 5.99$$

$$p > 0.05$$

2.8.- TIPO DE INDUCCION:

En los 24 partos que tuvieron que ser inducidos se agruparon según el fármaco utilizado para la inducción: Prostaglandinas (PGE2), Occitocina y el uso de ambos.

Observamos que en 10 casos (41.7%) se utilizaron prostaglandinas, mientras que en 11 casos (45.8%) fueron inducidas con occitocina y en 3 casos (12.5%) se emplearon ambas drogas, en distintos tiempos.

En ningún caso, se utilizaron ambos fármacos a la vez.

No hay diferencia entre los grupos respecto al uso de prostaglandinas ú occitocina (Tabla 14).

TABLA 14. FORMA DE INDUCCION SEGUN EL FARMACO UTILIZADO

FARMACO	SEGUIMIENTO (n=10)	NO SEGUIMIENTO (n=14)	TOTAL (n=24)
PROSTAGLANDI NAS	5 (50%)	5 (35.7%)	10 (41.7%)
OCCITOCINA	4 (40%)	7 (50%)	11 (45.8%)
AMBOS	1 (10%)	2 (14.3%)	3 (12.5%)

$$\chi^2_p = 0.50$$

$$\chi^2_{2;95\%} = 5.99$$

$$p > 0.05$$

2.9.- FORMA DE TERMINACION:

Cuando se permitió el parto vaginal, bien por inicio espontáneo o inducido, vimos que el 59.3% terminaron de forma vaginal, frente al 28.8% que fueron cesáreas y que 11.9% que parieron mediante ayuda manual, por tratarse de presentaciones podálicas.

Se encontró significación estadística entre ambos grupos (Tabla 15).

Las diferencias son debidas a un mayor número de cesáreas. Hemos de hacer la observación que este porcentaje alto de cesáreas se debe a las cesáreas electivas por las indicaciones ya indicadas en la forma de inicio del parto.

TABLA 15. FORMA DE TERMINACION DEL PARTO

TERMINACION	SEGUIMIENTO (n =25)	NO SEGUIMIENTO (n =34)	TOTAL (n=59)
VAGINAL	15 (43%)	20 (57%)	35 (59.3%)
AYUDA MANUAL	2 (29%)	5 (71%)	7 (11.9%)
CESAREA	8 (47%)	9 (53%)	17 (28.8%)

$$\chi^2_p = 11.53$$

$$\chi^2_{2;95\%} = 5.99$$

$$p < 0.05$$

Cabe destacar que en el grupo de seguimiento se practicaron 2 histerectomías posparto y 1 en el de no

seguimiento. En otra enferma nulípara del grupo de seguimiento, se le practicó ligadura tubárica, por haber padecido un fracaso renal grave que obligó a terminar la gestación a las 29 semanas.

2.10.- PESO DEL RECIEN NACIDO:

Hemos agrupado a los recién nacidos según su peso en: pequeños para la edad gestacional (PEG), adecuados a la edad gestacional (AEG) y grandes para la edad gestacional (GEG) siguiendo la gráfica de la Comunidad Valenciana que relaciona peso del RN con semanas de gestación.

Encontramos que el 22% eran PEG, el 64.4% eran AEG y el 13.6% eran GEG. Así pues, hay un predominio de RN AEG en ambos grupos.

No se encontraron diferencias entre los grupos (Tabla 16).

TABLA 16. PESO DE LOS RECIEN NACIDOS SEGUN LA SEMANA DE GESTACION

PESO DE RN	SEGUIMIENTO (n=25)	NO SEGUIMIENTO (n=34)	TOTAL (n=59)
PEG	6 (24%)	7 (20.6%)	13 (22.0%)
AEG	15 (60%)	23 (67.6%)	38 (64.4%)
GEG	4 (16%)	4 (11.8%)	8 (13.6%)

$$\chi^2_p = 0.40$$

$$\chi^2_{2;95\%} = 5.99$$

$$p > 0.05$$

RN = Recien nacido; PEG = Pequeño edad gestacional;
AEG = Adecuado edad gestacional;
GEG = Grande edad gestacional.

Centrándonos en los PEG, es decir los retardos de crecimiento intrauterinos, que es una de las causas de muerte fetal, encontramos que habían 6 recién nacidos dentro del grupo de seguimiento, lo que suponía el 24% del grupo. De estos 2 se encontraban asociados a hipertensión materna, 1 nació de una madre a la que se le había efectuado un transplante renal antes del embarazo, otro nació de otra madre con enfermedad de Crohn y finalmente en los 2 restantes no se encontró otra patología asociada.

En el grupo de no seguimiento nos encontramos con 7 recién nacidos con RCIU, lo que suponía el 20.6% de este grupo. Uno de ellos se asoció a RPM precoz (semana 27 de gestación) y otro a una hipertensión materna; en los otros 5 casos no se encontró otra patología asociada.

Si ahora valoramos la existencia de RN macrosomas o de RN de bajo peso dentro de nuestra muestra, considerando como macrosomas los RN de más de 4000g y de bajo peso los de menos de 2500g, encontramos que el 6.8% de la muestra eran macrosomas, repartíendose en 1 RN en el grupo de seguimiento y 3 RN en el grupo de no seguimiento, frente al 52.5% de la muestra que eran de menos de 2500g, de los cuales 15 RN pertenecían al grupo de seguimiento y 16 RN al grupo de no seguimiento.

2.11.- SEXO DE LOS RECIEN NACIDOS:

En cuanto al sexo, vimos que el 67.8% eran varones, mientras que el 32.2% eran hembras.

En las dos gestaciones múltiples ambos R.N. eran varones.

Así pues, encontramos un predominio de R.N. muertos de sexo varón y de peso adecuado a la edad gestacional; sin embargo no se encontraron diferencias entre los grupos (Tabla 17).

Con cifras superiores a las que estamos manejando debemos pensar que probablemente estas proporciones tenderían a igualarse y parecerse a la población general en cuanto a los varones y hembras que posee.

TABLA 17. SEXO DE LOS RECIEN NACIDOS

SEXO	SEGUIMIENTO (n=25)	NO SEGUIMIENTO (n=34)	TOTAL (n=59)
VARON	18 (72%)	22 (64.7%)	40 (67.8%)
HEMBRA	7 (28%)	12 (35.3%)	19 (32.2%)

$$\chi^2_p = 0.35$$

$$\chi^2_{1;95\%} = 3.84$$

$$p > 0.05$$

2.12.-REALIZACION DE NECROPSIA FETAL:

Para hacer la valoración de este parametro, agrupamos a los RN según se hubiera realizado o no la necropsia. Encontramos que en el 15.3% de la muestra no se había realizado la necropsia mientras que en el 84.7% restante si se había efectuado tal y como se muestra en la tabla 18-A.

Encontramos diferencias entre los grupos debidas a un mayor número de necropsias realizadas en el grupo de seguimiento.

TABLA 18-A. NECROPSIAS DE LOS RECIEN NACIDOS

NECROPSIA	SEGUIMIENTO (n=25)	NO SEGUIMIENTO (n=34)	TOTAL (n=59)
NO REALIZADA	1 (4%)	8 (23.5%)	9 (15.3%)
REALIZADAS	24 (96%)	26 (76.5%)	50 (84.7%)

$$\chi^2_p = 4.26$$

$$\chi^2_{1;95\%} = 3.84$$

$$P < 0.05$$

Los casos en que sí se realizó necropsia los dividimos en: normal, patología fetal y patología de anejos fetales.

Encontramos que el 28% de las necropsias realizadas eran normales, el 30% presentaban una

patología fetal y en el 42% se encontró patología de los anejos fetales (Tabla 18-B)

No se encontraron diferencias entre los grupos.

TABLA 18-B. NECROPSIA REALIZADAS EN LOS RECIEN NACIDOS

NECROPSIA REALIZADAS	SEGUIMIENTO (n=24)	NO SEGUIMIENTO (n=26)	TOTAL (n=50)
NORMAL	9 (37.5%)	5 (19.2%)	14 (28%)
PATOLOGIA FETAL	6 (25%)	9 (34.6%)	15 (30%)
PATOLOGIA ANEJOS	9 (37.5%)	12 (46.2%)	21 (42%)

$$\chi^2_p = 1.19$$

$$\chi^2_{2;95\%} = 5.99$$

$$p > 0.05$$

Al revisar las patologías halladas en la necropsia vimos que predominaban las de origen placentario, que suponían el 58.3% de todas las necrópsias patológicas realizadas; y el 52.3% de la patología de anejos como se indica en la tabla 19.

No se encontraron diferencias entre los grupos.

Dentro de la patología placentaria había un claro predominio del desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta que suponía el 72.7% de la patología placentaria.

De los 8 desprendimientos de placenta patológicos, se encontraban 3 en el grupo de

seguimiento y ninguno de ellos se asoció a otra patología.

En el grupo de no seguimiento hubo 5 casos de desprendimiento prematuro de placenta, de los cuales 1 se asoció con circular apretada de cordón, 1 con retardo de crecimiento intrauterino, otro con hipertensión materna y en los 2 restantes no se encontró ninguna otra patología asociada.

Posteriormente, dentro de la patología de anejos, se encontraban las circulares apretadas de cordón que hacían su aparición en el 28.6% , y finalmente las inserciones velamentosas de cordón con el 14.3% y los nudos verdaderos de cordón con el 4.8%.

TABLA 19. PATOLOGIA DE ANEJOS FETALES ENCONTRADA EN LAS NECROPSIAS

PATOLOGIA ANEJOS	SEGUIMIENTO (n=9)	NO SEGUIMIENTO (n=12)	TOTAL (n=21)
INSERCIÓN VELAMENTOSA	1 (11.1%)	2 (16.7%)	3 (14.2%)
CIRCULAR APRETADA CORDON	2 (22.2%)	4 (33.3%)	6 (28.6%)
NUDO VERDADERO	1 (11.1%)	0	1 (4.8%)
PATOLOGIA PLACENTA	5 (55.6%)	6 (50.0%)	11 (52.4%)

$$\chi^2_p = 3.32$$

$$\chi^2_{3;95\%} = 7.82$$

$$p > 0.05$$

Cuando nuestro estudio se centró en la patología fetal vimos que esta suponía el 41.8% de todas las necropsias patológicas como se muestra en la tabla 20.

No se encontraron diferencias entre los grupos.

TABLA 20. PATOLOGIA FETAL ENCONTRADA EN LAS NECROPSIAS

PATOLOGIA FETAL	SEGUIMIENTO (n =6)	NO SEGUIMIENTO (n=9)	TOTAL (n=15)
POLIMALFORMADO	1 (16.7%)	3 (33.3%)	4 (26.7%)
MALFORMACION RENAL	1 (16.7%)	3 (33.3%)	4 (26.7%)
ENCEFALOCELE	1 (16.7%)	0	1 (6.7%)
TERATOMA MEDIASTINO	1 (16.7%)	0	1 (6.7%)
MALFORMACION HIPOFISIS	0	1 (11.1%)	1 (6.7%)
MALFORMACION ESOFAGO	0	1 (11.1%)	1 (6.7%)
DISTROFIA MUSCULAR	2 (33.3%)	0	2 (13.1%)
HIDROCEFALIA	0	1 (11.1%)	1 (6.7%)

$$\chi^2_p = 10.0$$

$$\chi^2_{7;95\%} = 14.07$$

$$p > 0.05$$

Al revisar las diferentes patologías fetales, encontramos un predominio de los polimalformados, que se encontraba en el 26.7%, y de las malformaciones renales que aparecía en igual proporción que las anteriores. Posteriormente encontramos la distrofia muscular en el 13.1% y después, y en iguales proporciones del 6.7%, hicieron su aparición el encefalocele, el teratoma mediastínico, las malformaciones de hipófisis, las malformaciones de esófago y la hidrocefalia.

3.- Control obstétrico posterior:

3.1.- REALIZACION DE CARIOTIPO:

No se realizó cariotipo al 66.7% de parejas, mientras si se realizó al 33.3% de los padres como se indica en la tabla 21-A.

No aparecieron diferencias entre ambos grupos

TABLA 21-A. ESTUDIO ESTADISTICO DE LA REALIZACION DEL CARIOTIPO EN LAS PAREJAS

CARIOTIPO PADRES	SEGUIMIENTO (n=23)	NO SEGUIMIENTO (n=34)	TOTAL (n=57)
NO REALIZADO	15 (65.2%)	23 (67.7%)	38 (66.7%)
REALIZADO	8 (34.8%)	11 (32.3%)	19 (33.3%)

$$\chi^2_p = 0.04$$

$$\chi^2_{1;95\%} = 3.84$$

$$P > 0.05$$

De los cariotipos realizados el 73.7% fue normal y el 26.3% patológico como se muestra en la tabla 21-B.

No encontrándose diferencias entre los grupos.

TABLA 21-B. RESULTADO DEL CARIOTIPO REALIZADO EN LAS PAREJAS

CARIOTIPO	SEGUIMIENTO (n=8)	NO SEGUIMIENTO (n=11)	TOTAL (n=19)
NORMAL	6 (75%)	8 (72.7%)	14 (73.7%)
PATOLOGICO	2 (25%)	3 (27.3%)	5 (26.3%)

$\chi^2_p = 0.98$ $\chi^2_{1;95\%} = 3.84$ $p > 0.05$

3.2.- ANALISIS COMPLEMENTARIOS:

En el 36.8% de enfermas no se practicó ni curva de glucemia (PTOG), ni serológica TORCH.

Del resto, vemos que en el 52.6% ambas pruebas eran normales, mientras que en el 10.5% se encontró una PTOG patológica; no habiendo ningún caso de TORCH patológico.

En este parámetro si que encontramos diferencias significativas ($\chi^2=13.3$; $p=0.001$), debido a encontrar un mayor número de analíticas realizadas en el grupo de seguimiento (Tabla 22).

TABLA 22. NUMERO DE PACIENTES CON ANALISIS DESPUES DEL PARTO DEL FETO MUERTO

ANALITICA	SEGUIMIENTO (n=23)	NO SEGUIMIENTO (n=34)	TOTAL (n=57)
NO REALIZADA	2 (8.7%)	19 (55.9%)	21 (36.8%)
NORMAL	18 (78.3%)	12 (35.3%)	30 (52.6%)
PATOLOGICA PTOG TORCH	3 (13.0%)	3 (8.8%)	6 (10.6%)

$$\chi^2_p = 13.3$$

$$\chi^2_{2;95\%} = 5.99$$

$$p < 0.001$$

No se hizo valoración de otras analíticas debido a que estas no se habían realizado en el grupo de no seguimiento.

Además cabe destacar que el porcentaje de analíticas normales es muy superior en el grupo de seguimiento que en el de no seguimiento mientras que el de patológicas es similar en ambos grupos lo que hace suponer que gran parte de las analíticas no realizadas del grupo de no seguimiento hubieran sido normales.

IV.3.- PARAMETROS PSICOLOGICOS:

3.1.- ESTUDIO DE DEPRESION

3.1.1 - CUESTIONARIO DE DEPRESION DE BECK:

Los intervalos de confianza (IC) al 95% de la puntuación del cuestionario de Beck para cada grupo de estudio, en los distintos momentos, se encuentran en la tabla 22.

TABLA 22. INTERVALOS DE CONFIANZA AL 95% DE LAS PUNTUACIONES DE LA ESCALA DE BECK

BECK	NACIMIENTO	6 MESES	12 MESES
CONTROL	4.2 - 8.2	4.4 - 7.9	4.2 - 7.0
SEGUIMIENTO	13.2 - 20.0	6.4 - 11.2	3.7 - 8.0
NO SEGUIMIENTO			8.5 - 15.5

Puede observarse que las puntuaciones obtenidas en el grupo control no se modifican con el paso del tiempo; así obtenemos resultados similares en el postparto inmediato, a los 6 meses, y a los 12 meses de éste (Fig.3).

En el grupo de seguimiento si que aparecen diferencias temporales, encontrando puntuaciones superiores en el nacimiento con disminución progresiva a los 6 meses, y alcanzando puntuaciones

diferentes entre el nacimiento y al año ($p < 0.001$) (fig.4).

La puntuación al nacimiento en el grupo control es inferior al que da el grupo de seguimiento ($Z=4.58$; $P < 0.001$) (Fig.5). A los 6 meses, aunque no aparecen diferencias significativas, las mujeres del grupo de seguimiento mantienen todavía valores de depresión suaves ($Z=-1.84$; $p=0.06$) (Fig.6); que desaparecen a los 12 meses (Fig.7).

Al año las enfermas del grupo de seguimiento han alcanzado valores similares a las del grupo control, mientras que las del grupo de no seguimiento continúan puntuando alto en el cuestionario de Beck ($p < 0.01$) (Fig.7).

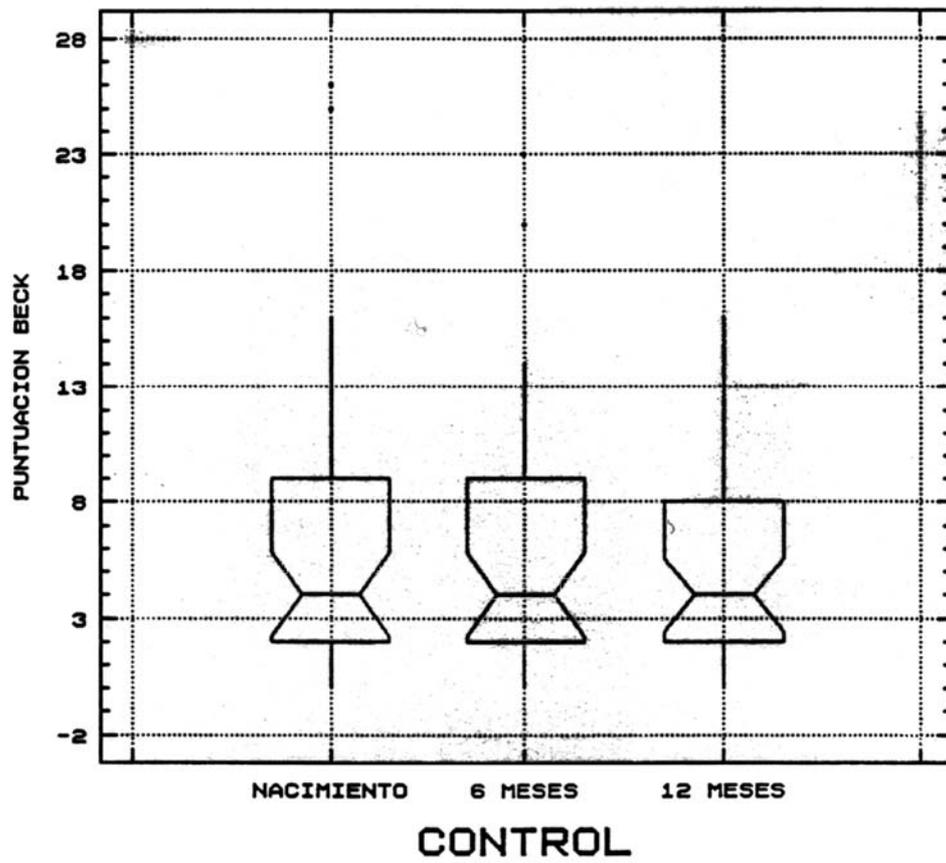


FIG 3. EVOLUCION DEL BECK EN EL GRUPO CONTROL

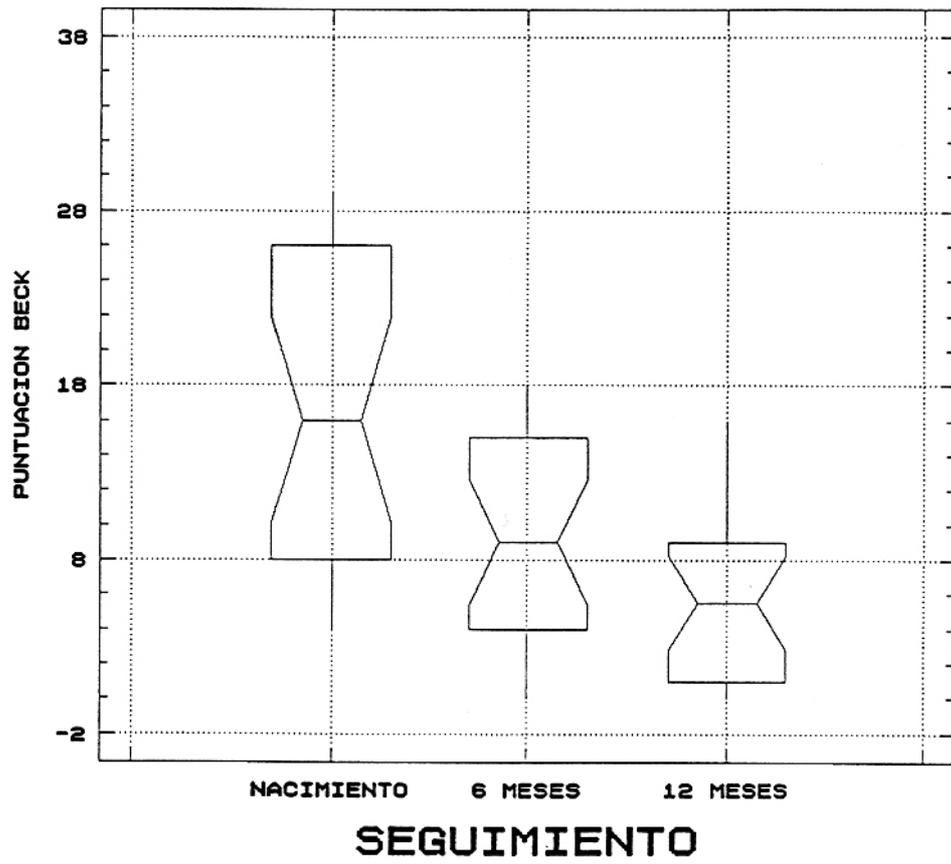


FIG 4 EVOLUCION DEL BECK EN EL GRUPO DE SEGUIMIENTO

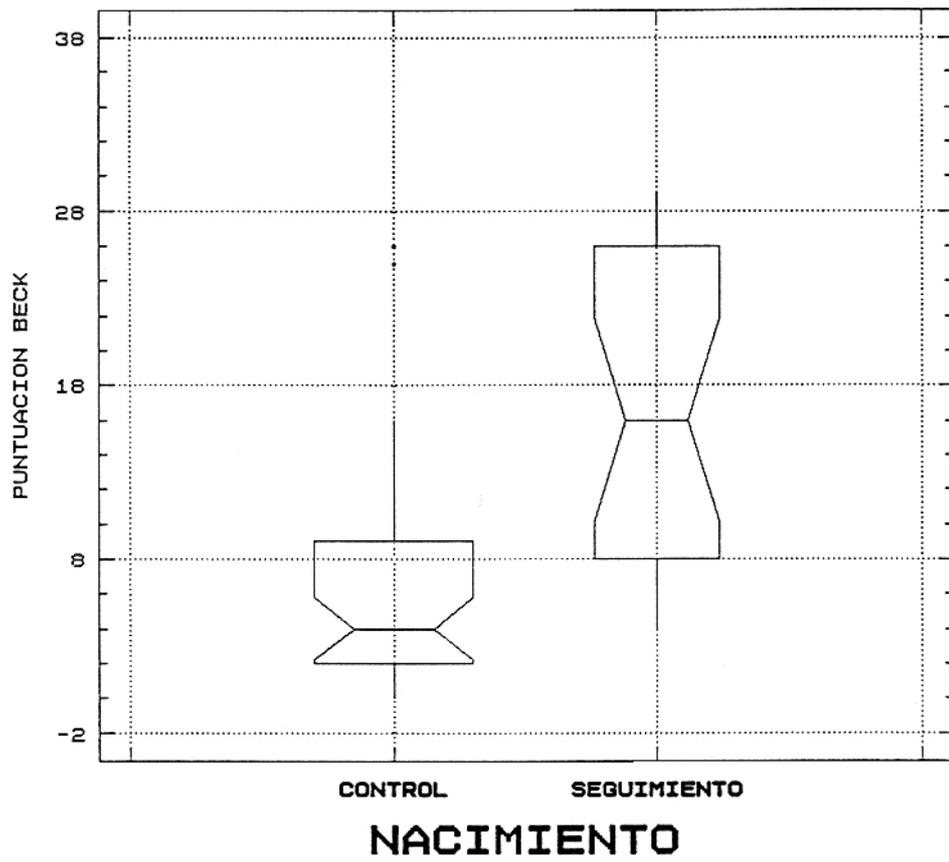


FIG 5. ANALISIS COMPARATIVO DEL BECK EN EL NACIMIENTO

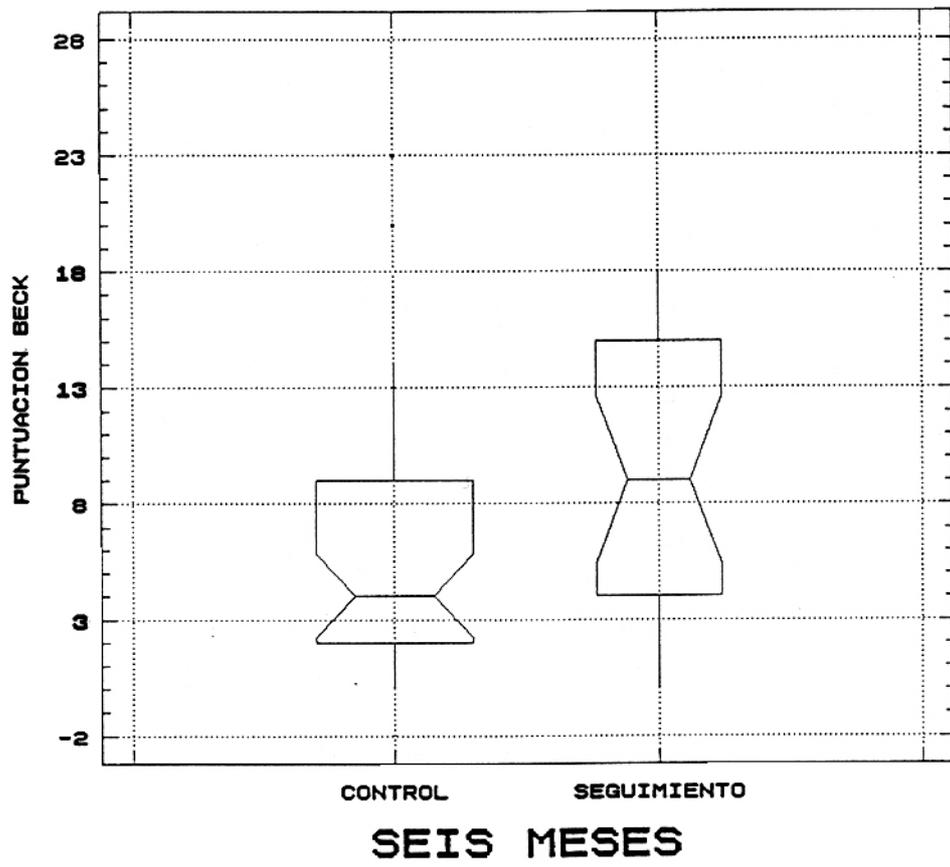


FIG 6 ANALISIS COMPARATIVO DEL BECK A LOS SEIS MESES

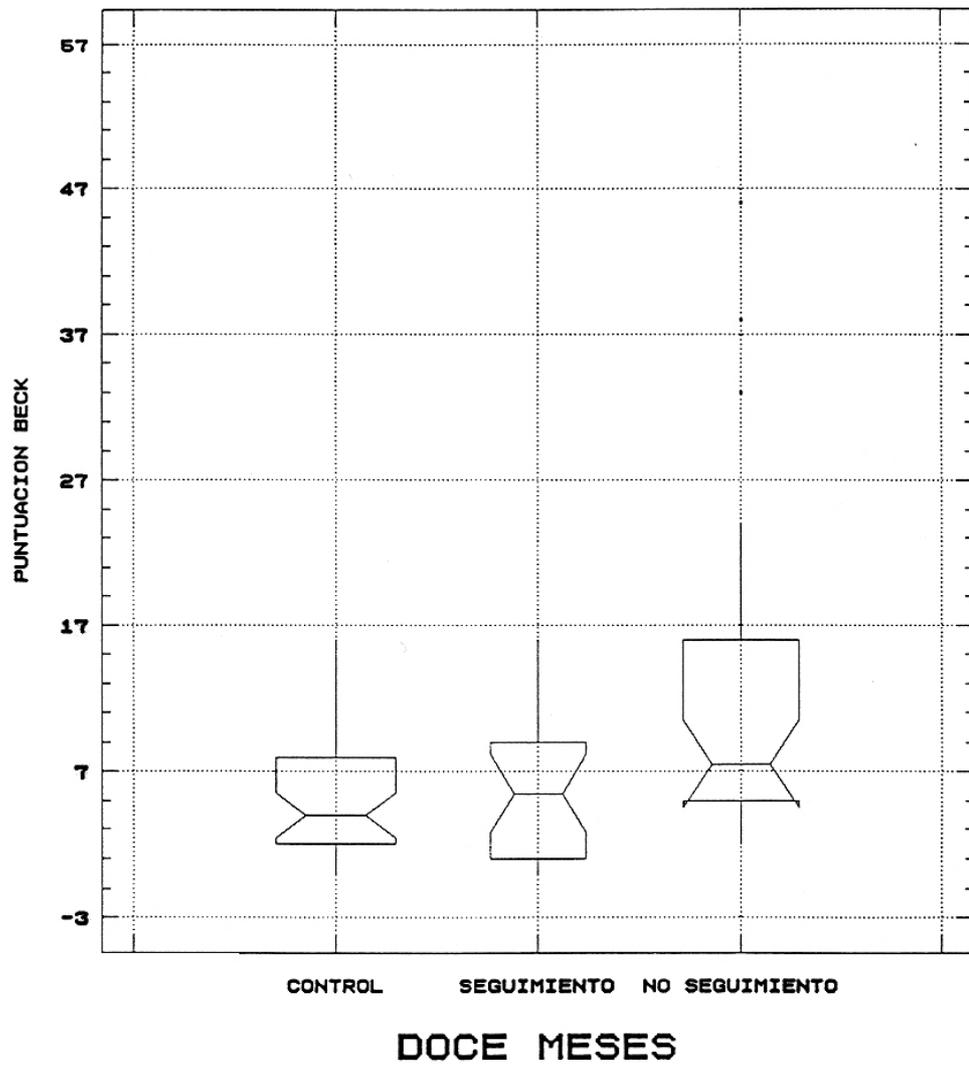


FIG 7 ANALISIS COMPARATIVO DEL BECK A LOS DOCE MESES

3.1.2.- ESCALA DE DEPRESION DE M.M.P.I.:

Los IC al 95% de las puntuaciones de la escala de depresión del MMPI, para cada grupo de estudio y en los diferentes momentos se encuentran en la tabla 23.

TABLA 23. INTERVALOS DE CONFIANZA AL 95% DE LAS PUNTUACIONES DE LA ESCALA DEL M.M.P.I.

MMPI	NACIMIENTO	6 MESES	12 MESES
CONTROL	20.7 - 23.9	20.1 - 23.8	19.9 - 23.7
SEGUIMIENTO	28.9 - 34.5	23.3 - 28.9	22.1 - 27.0
NO SEGUIMIENTO			26.3 - 30.7

En el grupo control, esta escala de depresión no sufre modificaciones en el tiempo, si bien es cierto que los valores obtenidos a los 12 meses son discretamente inferiores a los del nacimiento (Fig.8).

En el grupo de seguimiento, aparecen diferencias significativas en las puntuaciones obtenidas en los distintos periodos de tiempo. Así, estas enfermas puntúan más alto en el nacimiento que a los 6 meses, y continúan mejorando a los 12 meses ($p=0.01$) (Fig.9). Observamos que las diferencias se producen ya al comparar el grado de depresión en el nacimiento y los 6 meses.

En el estudio comparativo del grupo control y de seguimiento obtenemos diferencias en el nacimiento ($Z=-4.60$; $p<0.001$) (Fig.10), las cuales todavía se mantienen a los 6 meses ($Z=2.28$; $p<0.05$) (Fig.11). A los 12 meses, sin embargo, se evidencia una tendencia a la mejoría.

Al año de la pérdida existen diferencias significativas al comparar las puntuaciones de los tres grupos de mujeres ($p<0.001$), de tal forma que existen diferencias entre el grupo control y el de no seguimiento, mientras que el grupo de seguimiento tiende a igualar sus valores con el grupo control (Fig.12).

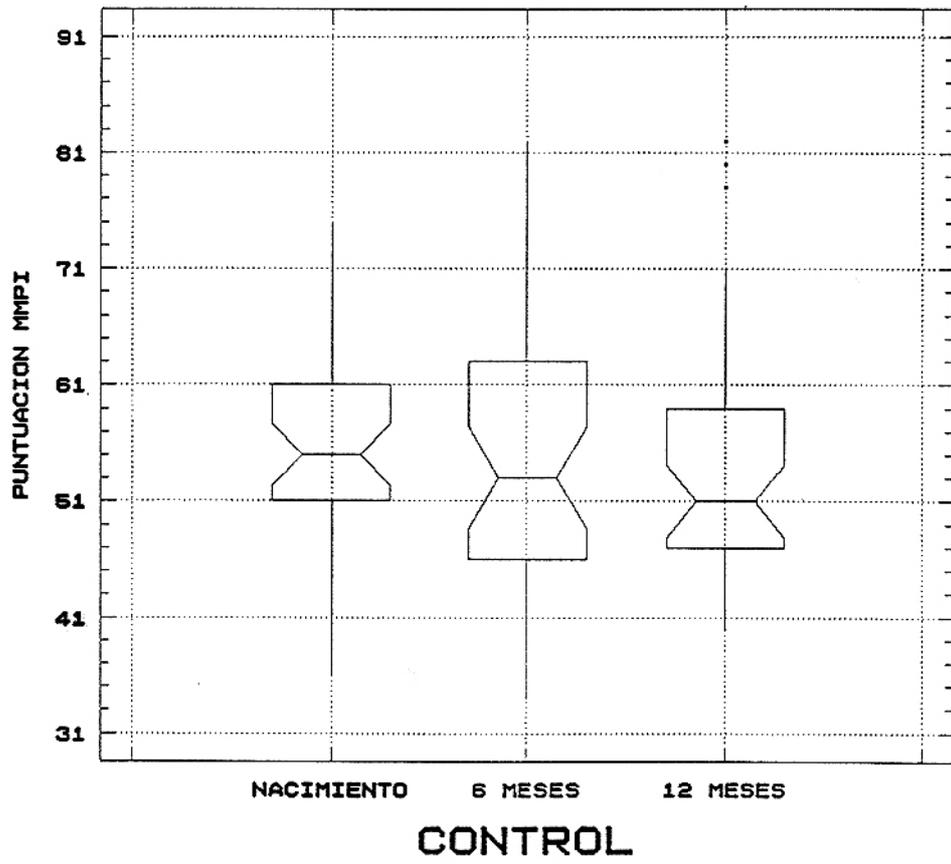


FIG 8 EVOLUCION DEL MMPI EN EL GRUPO CONTROL

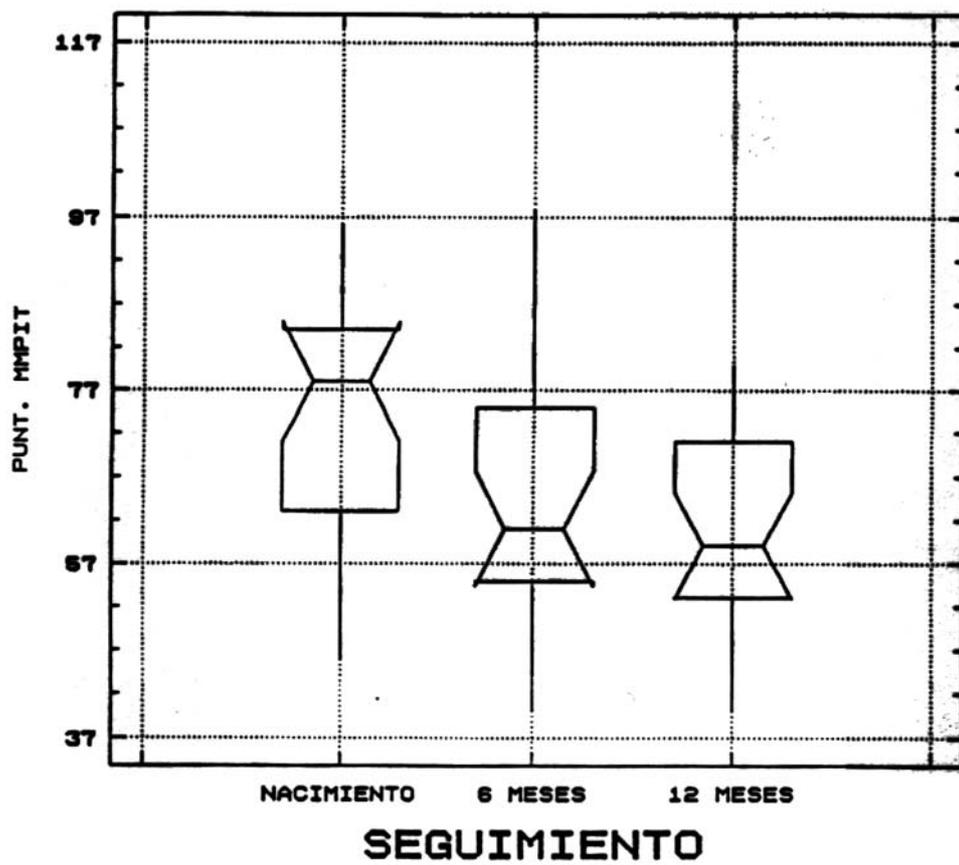


FIG 9. EVOLUCION DEL MMPI EN EL GRUPO DE SEGUIMIENTO

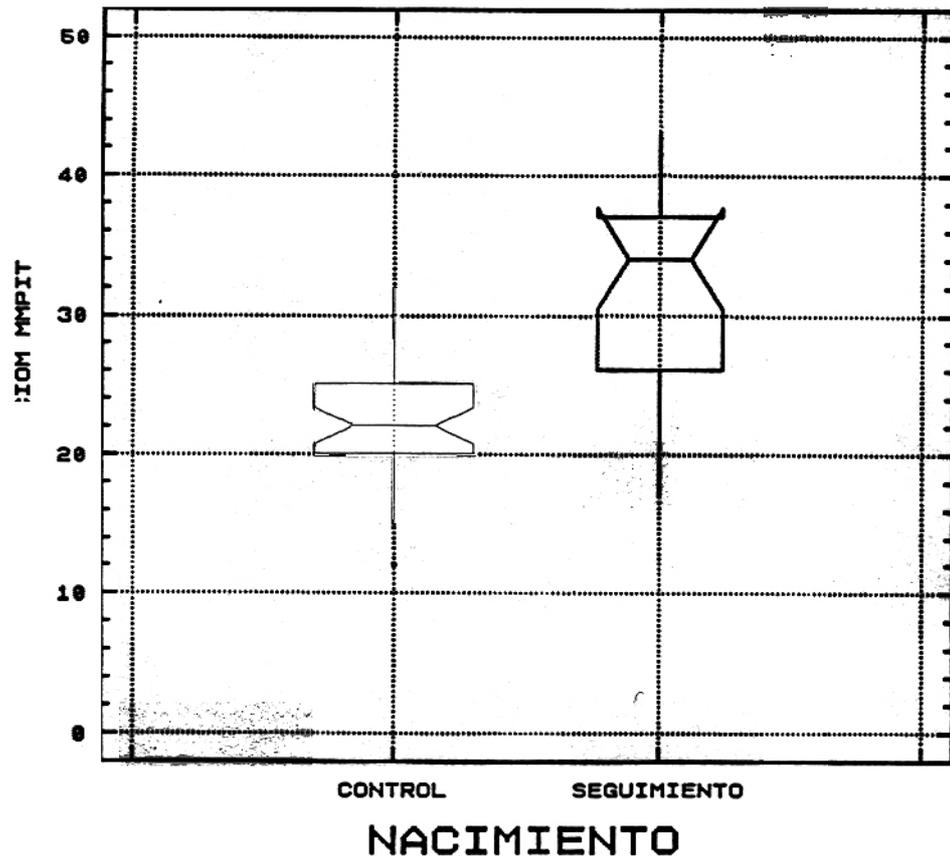


FIG 10. ANALISIS COMPARATIVO DEL MMPIT EN EL NACIMIENTO

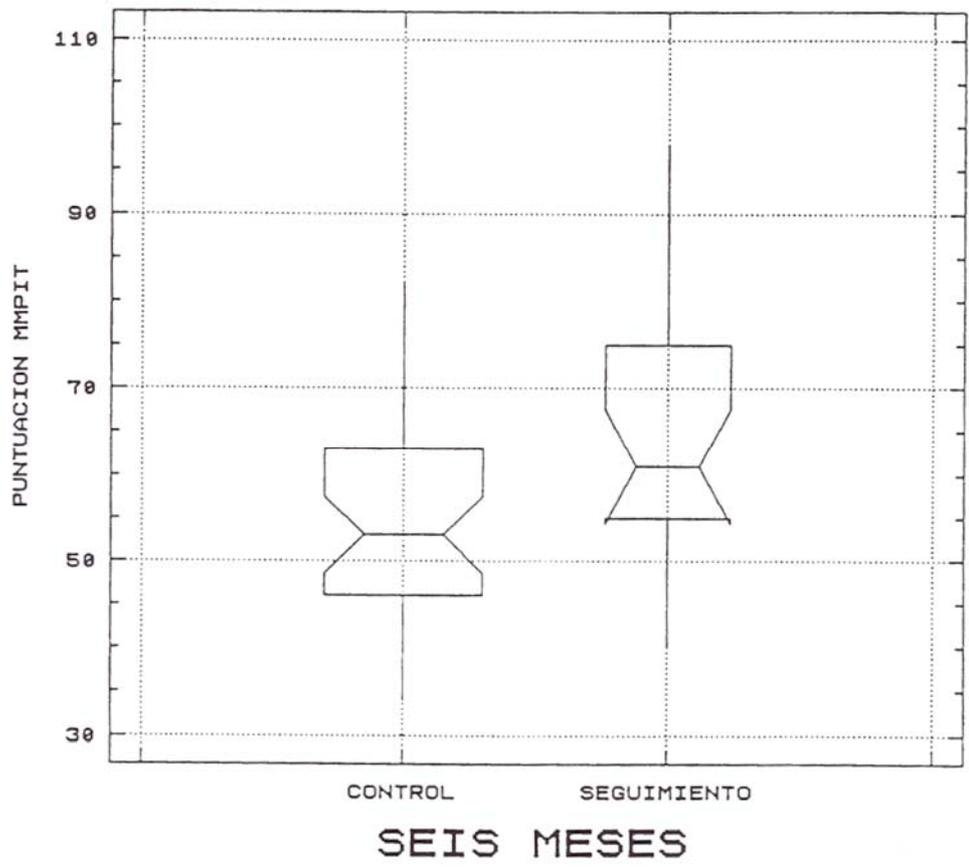


FIG 11. ANALISIS COMPARATIVO DEL MMPIT A LOS SEIS MESES

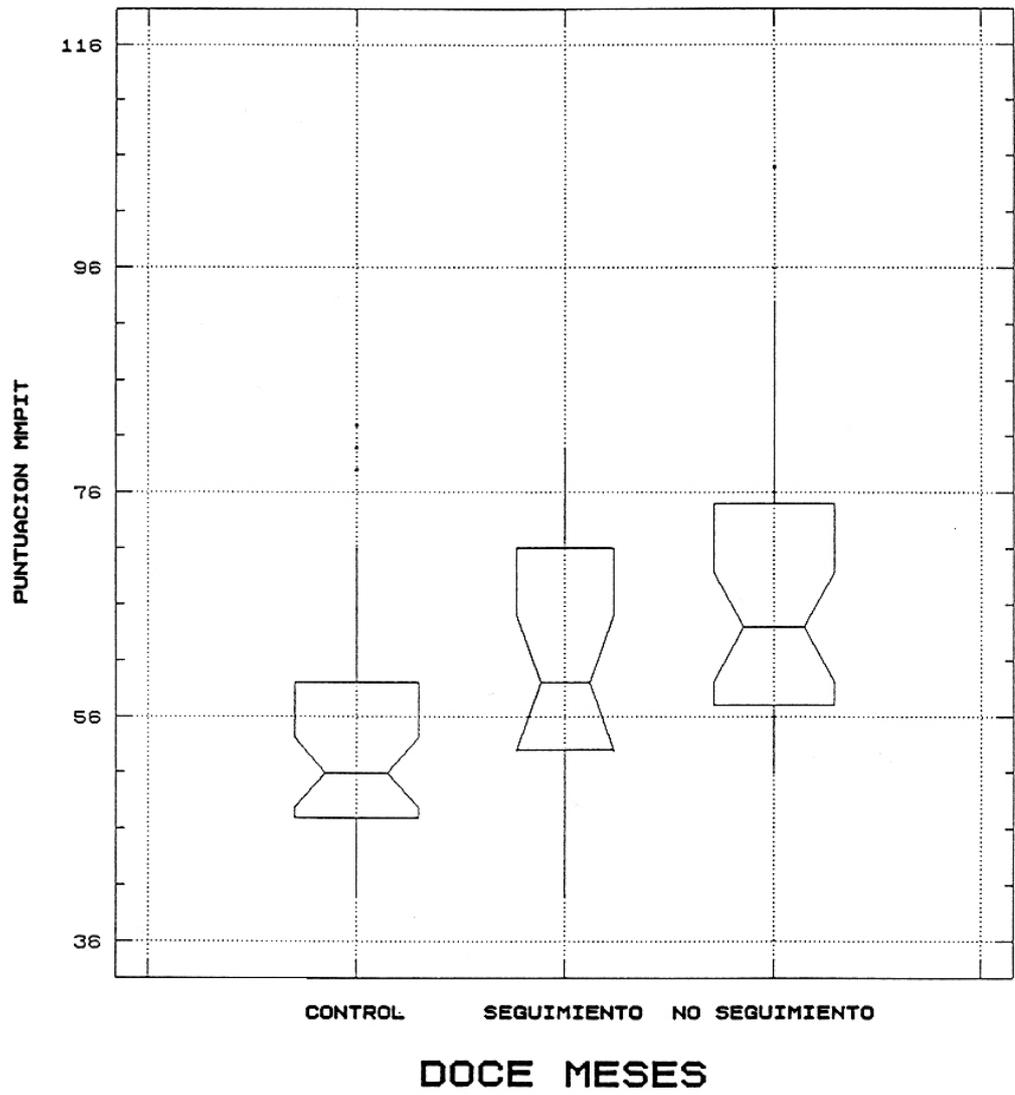


FIG 12 ANALISIS COMPARATIVO DEL MMPI A LOS DOCE MESES

.2.- ESTUDIO DE ANSIEDAD

3.2.1- STAI DE SPIELBERGUER:

Evalúa los dos componentes de la ansiedad:

3.2.1.1- ANSIEDAD-ESTADO

Los IC al 95% de las puntuaciones de la escala de ansiedad estado para cada grupo de estudio, en los distintos momentos, se encuentran en la tabla 24.

TABLA 24. INTERVALOS DE CONFIANZA AL 95% DE LAS PUNTUACIONES DE LA ESCALA DE ANSIEDAD ESTADO

A/E	NACIMIENTO	6 MESES	12 MESES
CONTROL	13.1 - 19.0	16.0 - 23.0	14.3 - 20.5
SEGUIMIENTO	32.2 - 42.5	19.6 - 31.0	13.9 - 23.0
NO SEGUIMIENTO			23.9 - 32.5

Las puntuaciones obtenidas en el grupo control no se modifican con el paso del tiempo (Fig.13).

Las obtenidas en el grupo de seguimiento son superiores inmediatamente tras la pérdida que a los 6 meses, tendencia que se mantiene hasta el año ($p=0.001$) (Fig.14).

Cuando se compara esta variable entre el grupo control y el grupo de seguimiento, aparecen diferencias importantes entre ambos en el momento del nacimiento, siendo menor la puntuación en el grupo control ($Z=5.24$; $p < 0.001$) (Fig.15).

A los 6 meses las mujeres del grupo de seguimiento continúan puntuando alto aunque sin alcanzar diferencias significativas ($Z=1.81$; $p=0.07$) (Fig.16).

Las puntuaciones obtenidas al año del parto son diferentes entre los tres grupos ($p < 0.001$).

El grupo control y de seguimiento se han igualado, mientras que continúan habiendo diferencias significativas entre el grupo de no seguimiento con ambos, el de seguimiento y el de control (Fig.17).

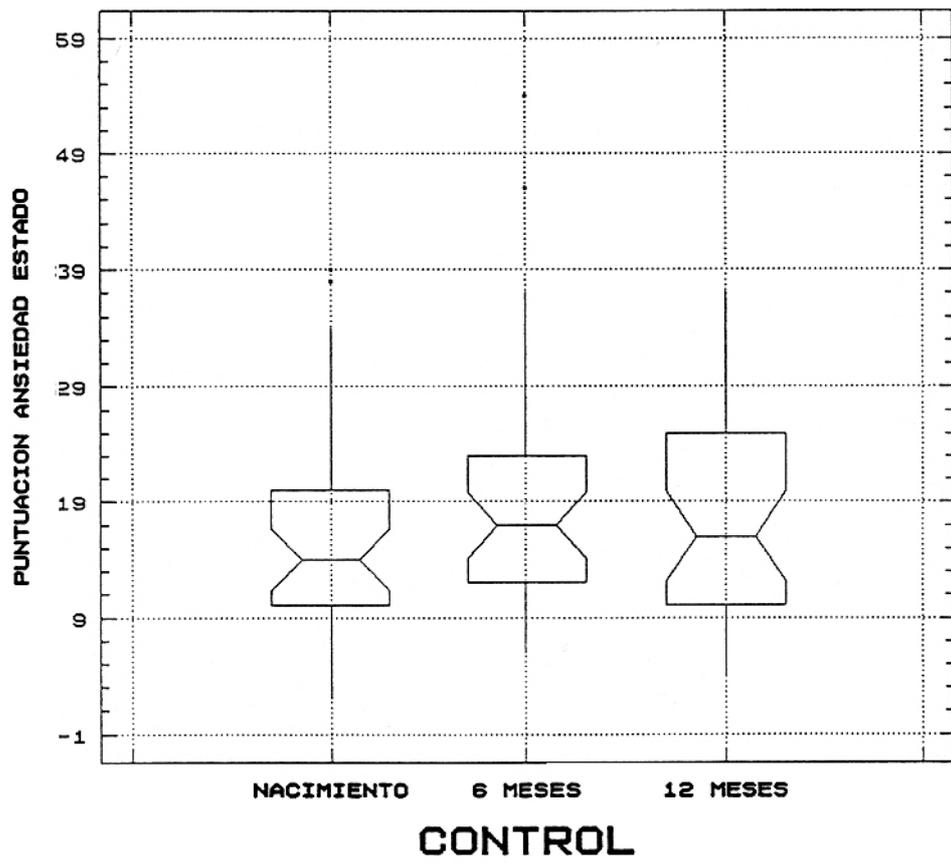


FIG 13 EVOLUCION DE LA ANSIEDAD ESTADO EN EL GRUPO CONTROL

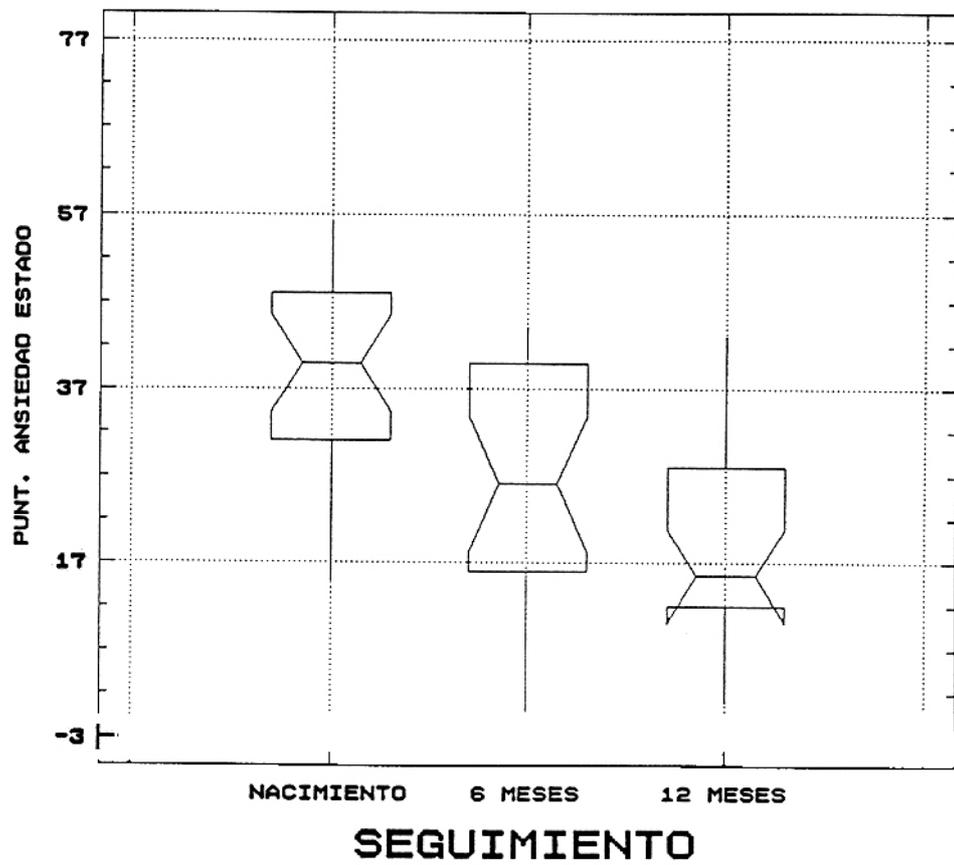


FIG 14 EVOLUCION DE LA ANSIEDAD ESTADO EN EL GRUPO DE SEGUIMIENTO

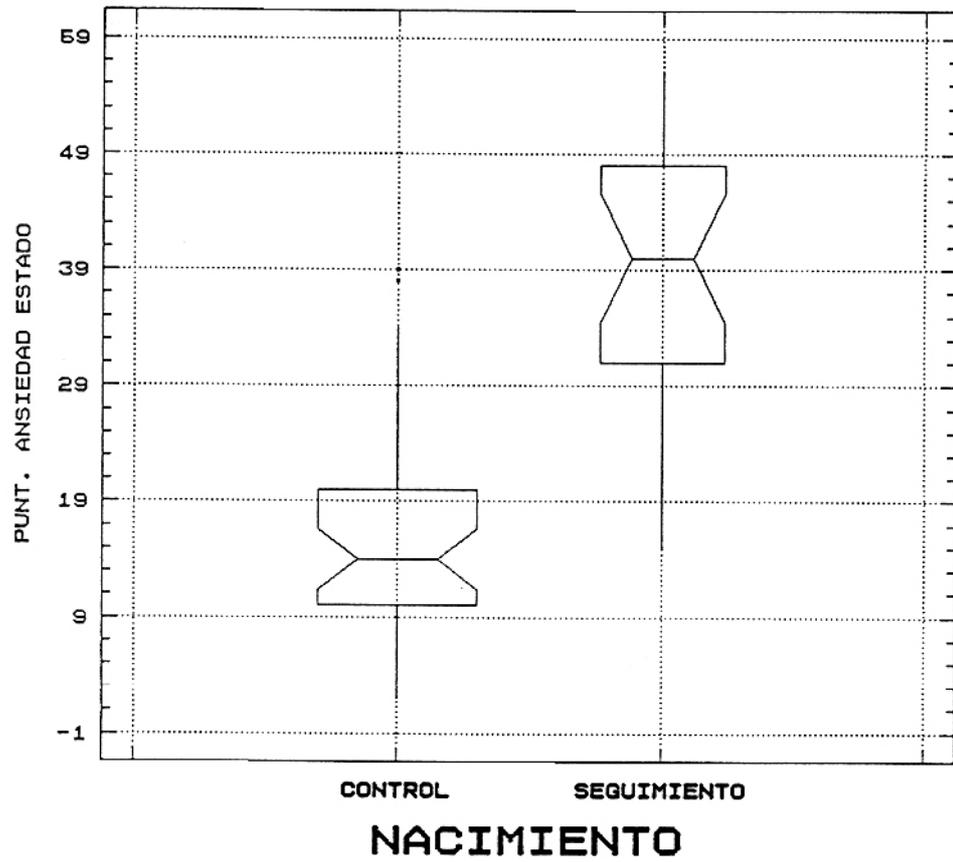


FIG 15. ANALISIS COMPARATIVO DE LA ANSIEDAD ESTADO EN EN NACIMIENTO

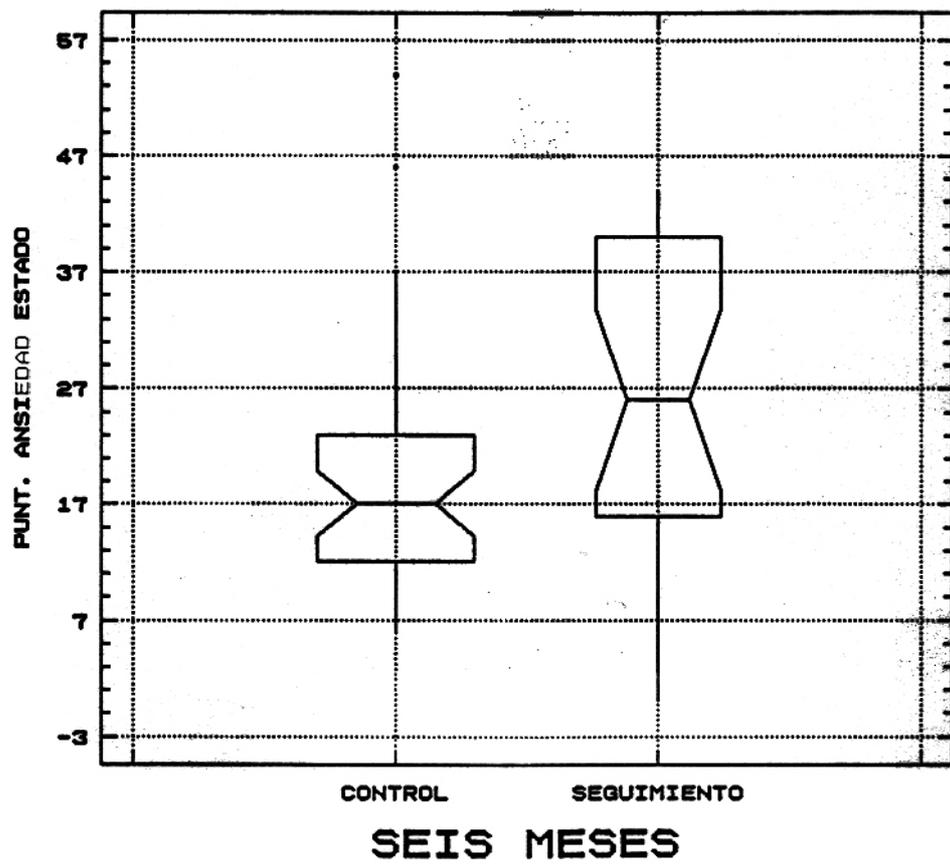


FIG 16 ANALISIS COMPARATIVO DE LA ANSIEDAD ESTADO A LOS SEIS MESES

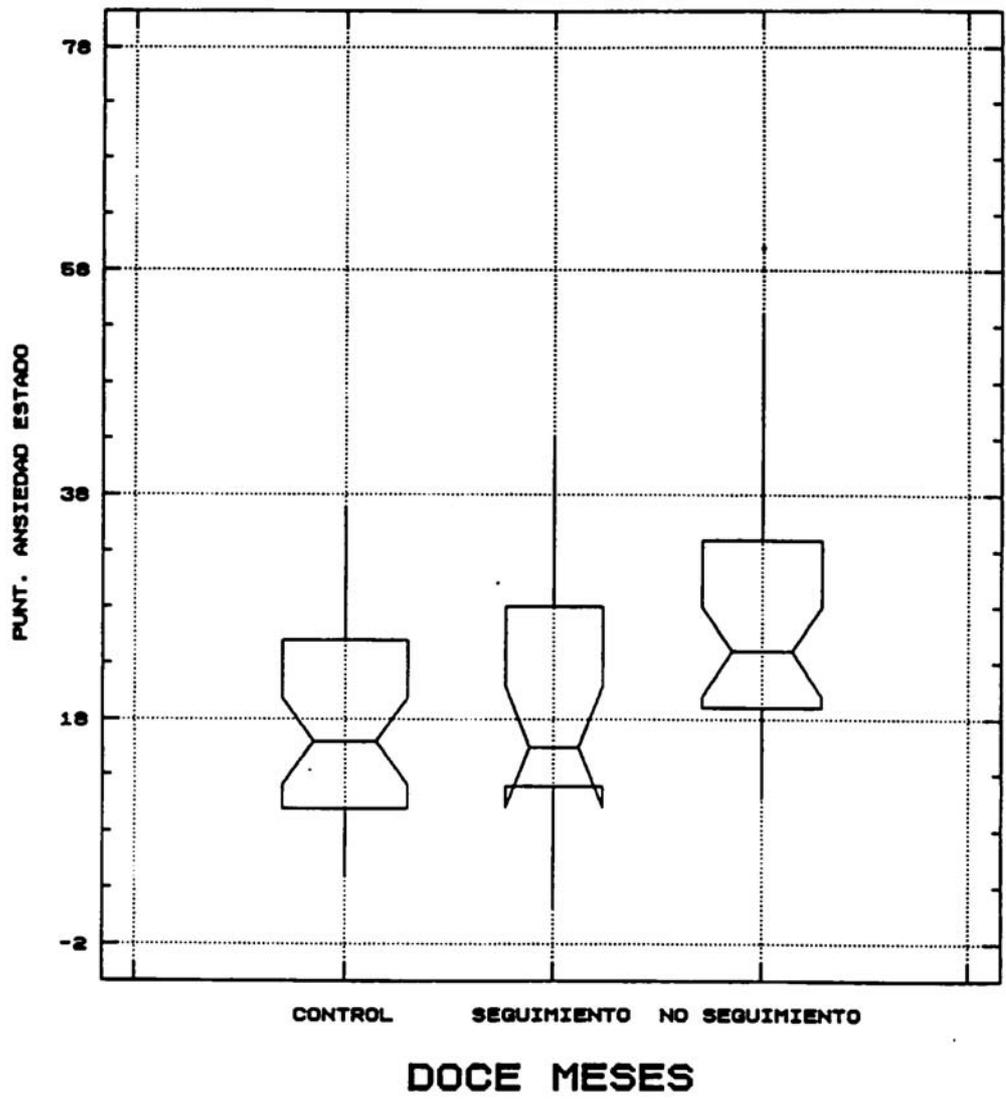


FIG 17. ANALISIS COMPARATIVO DE LA ANSIEDAD ESTADO A LOS DOCE MESES

3.2.1.2- ANSIEDAD-RASGO:

Los IC al 95% de las puntuaciones de la escala de Ansiedad Rasgo para cada grupo de estudio, en los diferentes momentos, se encuentran en la tabla 25.

TABLA 25. INTERVALOS DE CONFIANZA AL 95% DE LAS PUNTUACIONES DE LA ESCALA DE ANSIEDAD RASGO

A/R	NACIMIENTO	6 MESES	12 MESES
CONTROL	16.3 - 21.6	13.9 - 18.4	13.8 - 19.9
SEGUIMIENTO	24.5 - 34.6	19.5 - 30.5	14.3 - 24.6
NO SEGUIMIENTO			22.8 - 29.4

El grupo control, no sufre modificaciones con el paso del tiempo (Fig.18).

Cuando el análisis se centra en el grupo de seguimiento, la variable si que va disminuyendo con el paso del tiempo, alcanzando valores inferiores a los 6 meses que en el nacimiento, y todavía menores al año ($p < 0.05$) (Fig. 19).

Estas diferencias tienen significación estadística entre el nacimiento y los 12 meses.

El estudio comparativo entre el grupo control y el grupo de seguimiento, muestra que existen diferencias no sólo en el momento del nacimiento ($Z = -3.35$; $p < 0.0001$) (Fig.20), sino también a los 6 meses

($Z=2.59$; $p<0.01$) (Fig.21). Sin embargo, a los 12 meses ambos grupos han dejado de ser diferentes (Fig.22).

Si en este tiempo el analisis comparativo se realiza entre los tres grupos aparecen diferencias significativas por la mayor puntuación obtenida en el grupo de no seguimiento que en el grupo control ($p<0.01$) (Fig.22).

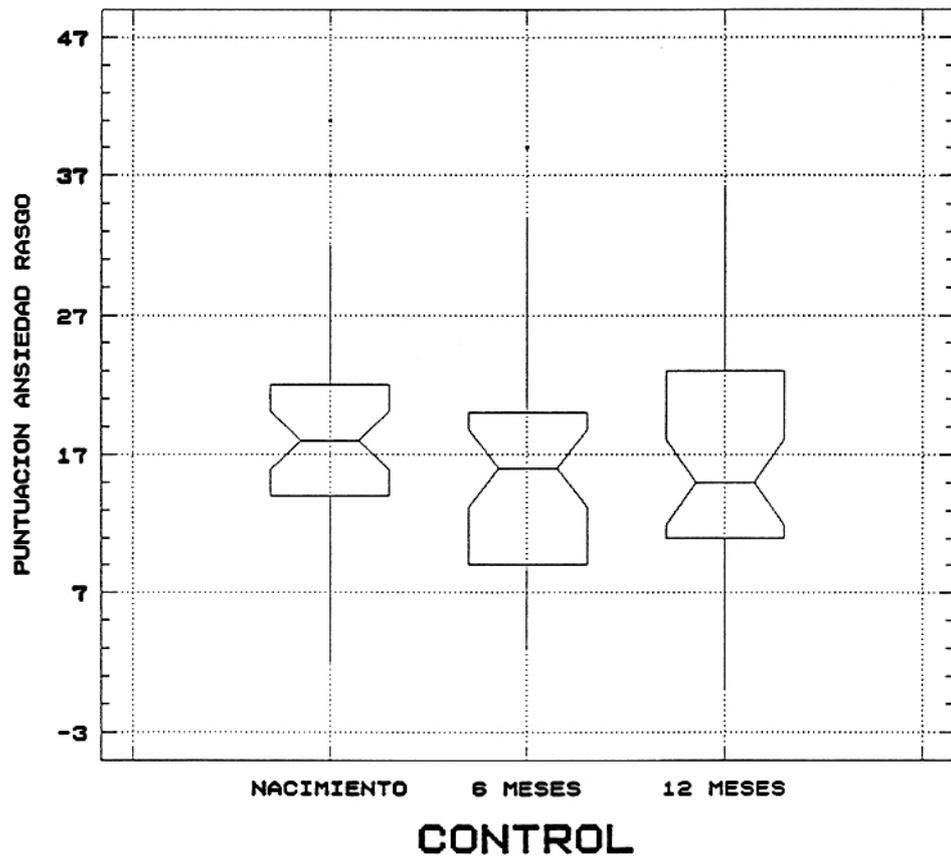


FIG 18 EVOLUCION DE LA ANSIEDAD RASGO EN EL GRUPO CONTROL

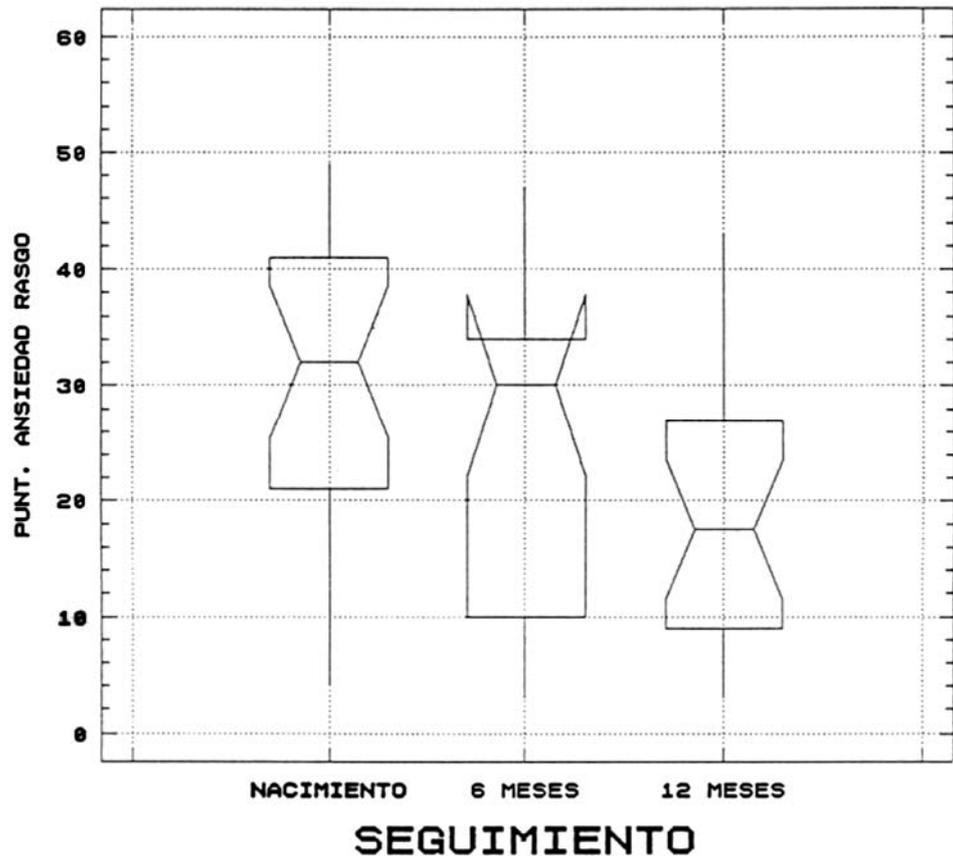


FIG 19 EVOLUCION DE LA ANSIEDAD RASGO EN EL GRUPO DE SEGUIMIENTO

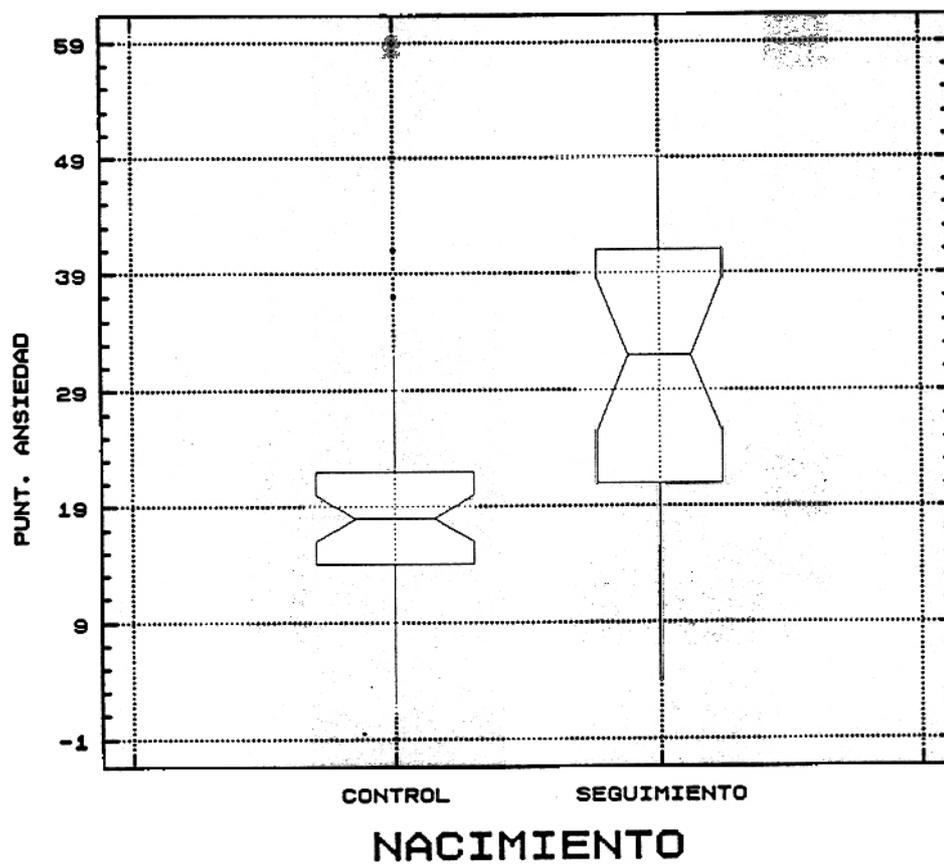


FIG 20. ANALISIS COMPARATIVO DE LA ANSIEDAD RASGO EN EL NACIMIENTO

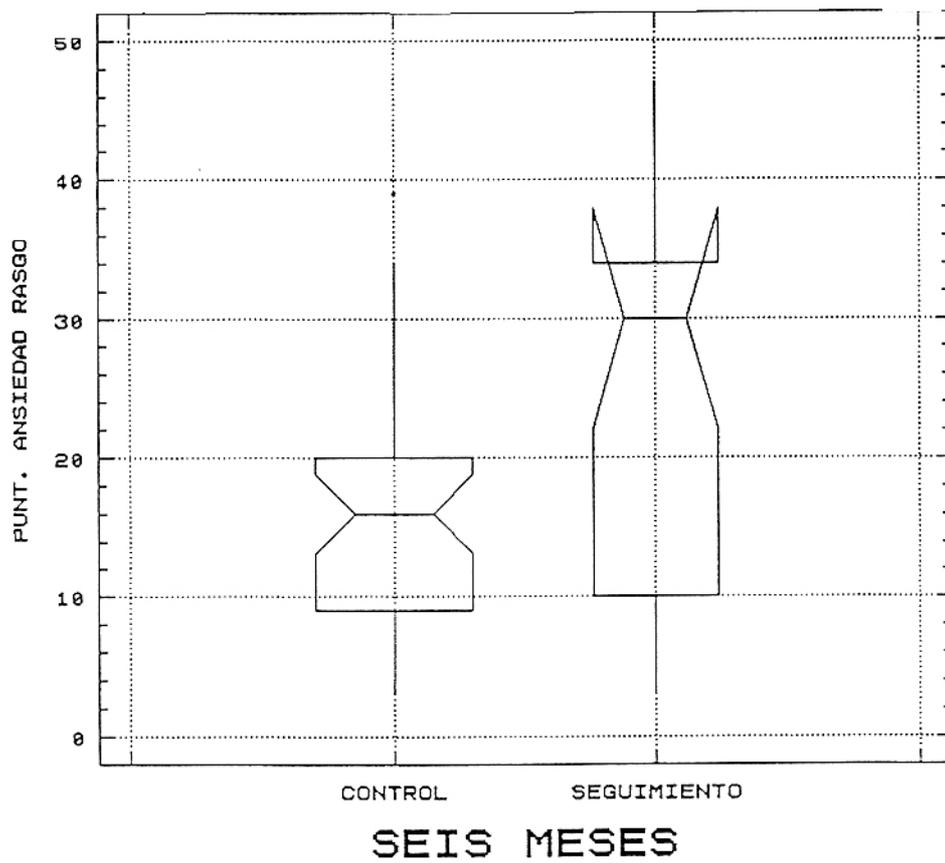


FIG 21 ANALISIS COMPARATIVO DE LA ANSIEDAD RASGO A LOS SEIS MESES

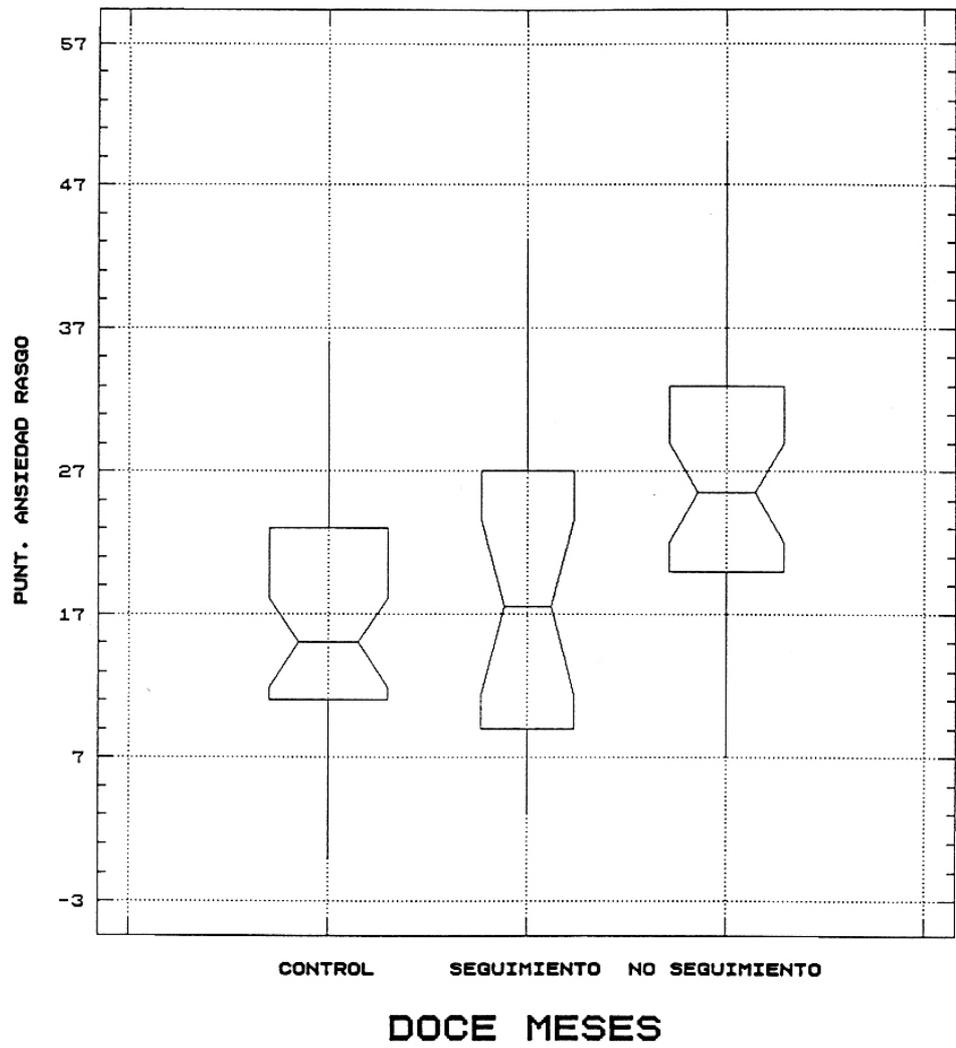


FIG 22. ANALISIS COMPARATIVO DE LA ANSIEDAD RASGO A LOS DOCE MESES

3.2.2- TEST DE CATTELL DE ANSIEDAD; en este apartado no solo vamos a analizar las tres puntuaciones fundamentales, sino que también estudiaremos los cinco subfactores:

3.2.2.1- ANSIEDAD VELADA:

Los IC al 95% de la puntuación de la escala de Ansiedad Velada para cada grupo, en los distintos momentos, se encuentran en la tabla 26.

TABLA 26. INTERVALOS DE CONFIANZA AL 95% DE LAS PUNTUACIONES DE LA ESCALA DE ANSIEDAD VELADA

AV	NACIMIENTO	6 MESES	12 MESES
CONTROL	13.2 - 17.3	12.4 - 15.9	12.4 - 16.1
SEGUIMIENTO	13.8 - 19.1	13.8 - 19.9	13.1 - 18.6
NO SEGUIMIENTO			13.7 - 17.3

En el grupo control, esta variable no sufre diferencias con el paso del tiempo, siendo similares los valores encontrados en el nacimiento, 6 meses y 12 meses (Fig.23).

La puntuación en el grupo de seguimiento, tampoco se modifica con el paso del tiempo (Fig.24).

En el analisis comparativo entre el grupo control y de seguimiento, vemos que no hay diferencias ni al nacimiento (Fig.25), ni a los 6 meses (Fig.26), ni a los 12 meses (Fig.27).

Si ahora el analisis lo realizamos entre los tres grupos al año del nacimiento, vemos que tampoco existen diferencias significativas entre ellos (Fig.27).

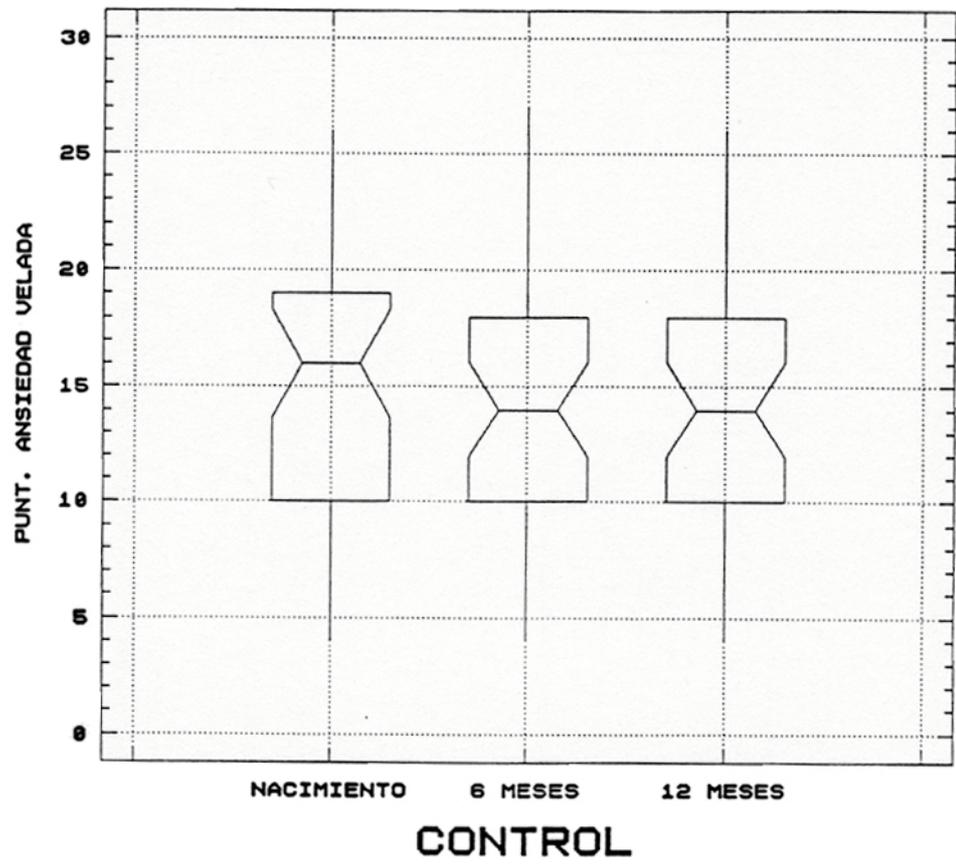


FIG 23. EVOLUCION DE LA ANSIEDAD VELADA EN EL GRUPO CONTROL

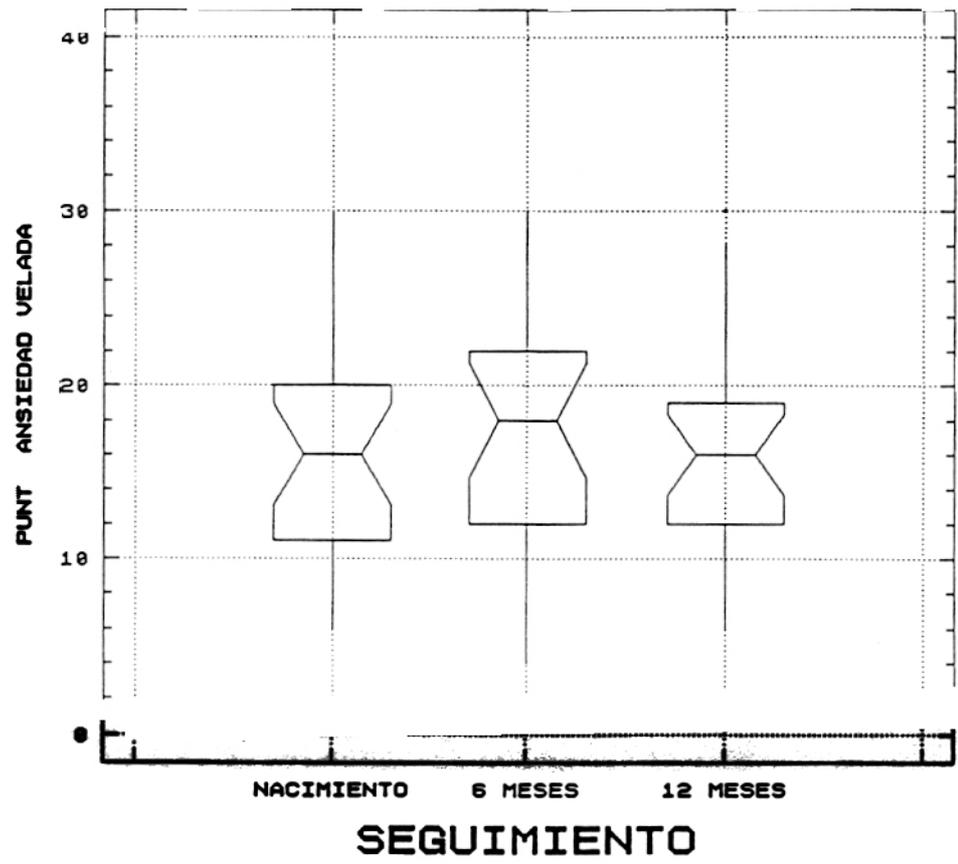


FIG 24 EVOLUCION DE LA ANSIEDAD VELADA EN EL GRUPO DE SEGUIMIENTO

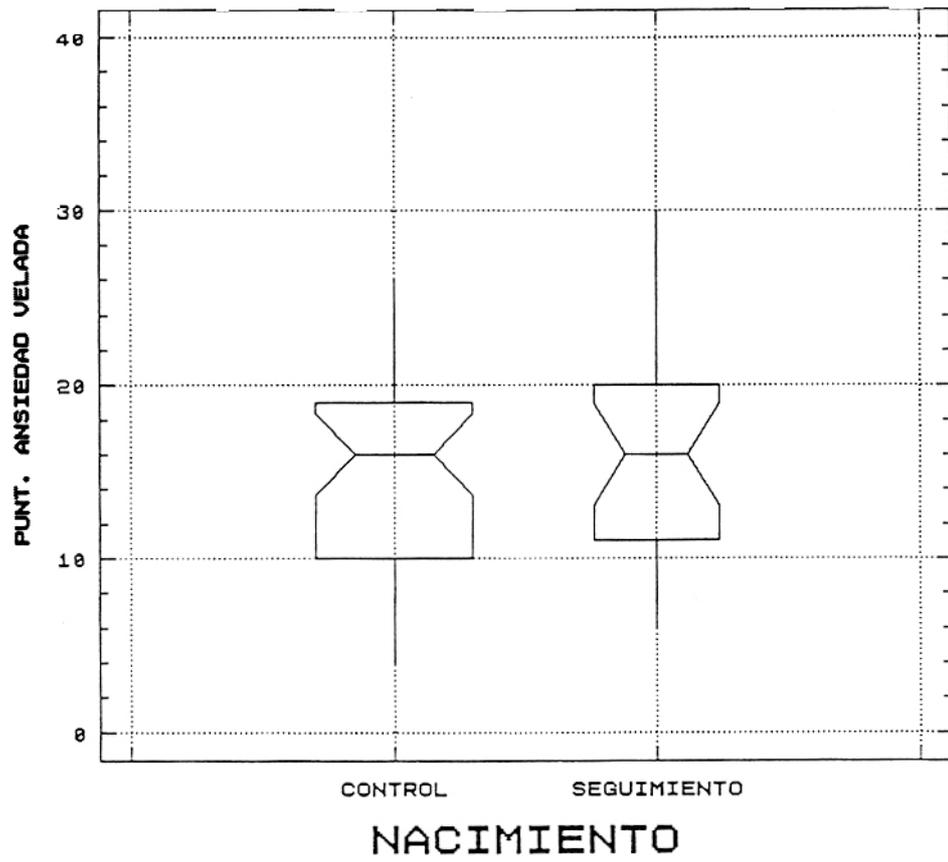


FIG 25 ANALISIS COMPARATIVO DE LA ANSIEDAD VELADA EN EL NACIMIENTO

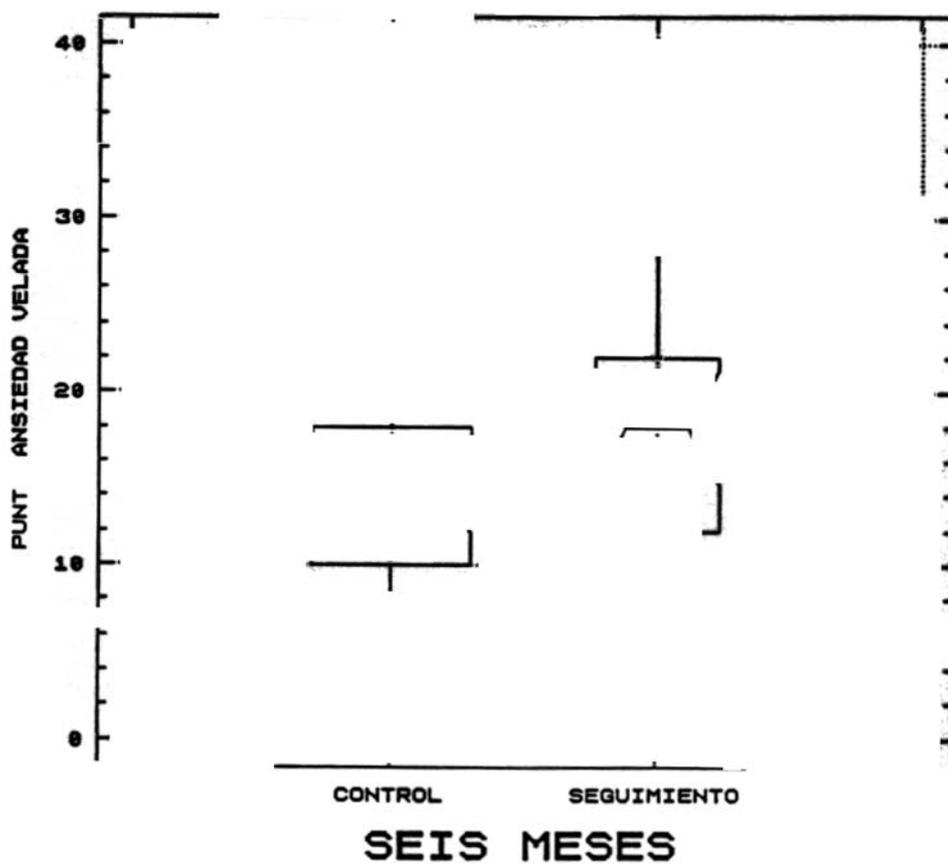


FIG 26 ANALISIS COMPARATIVO DE LA ANSIEDAD VELADA A LOS SEIS MESES

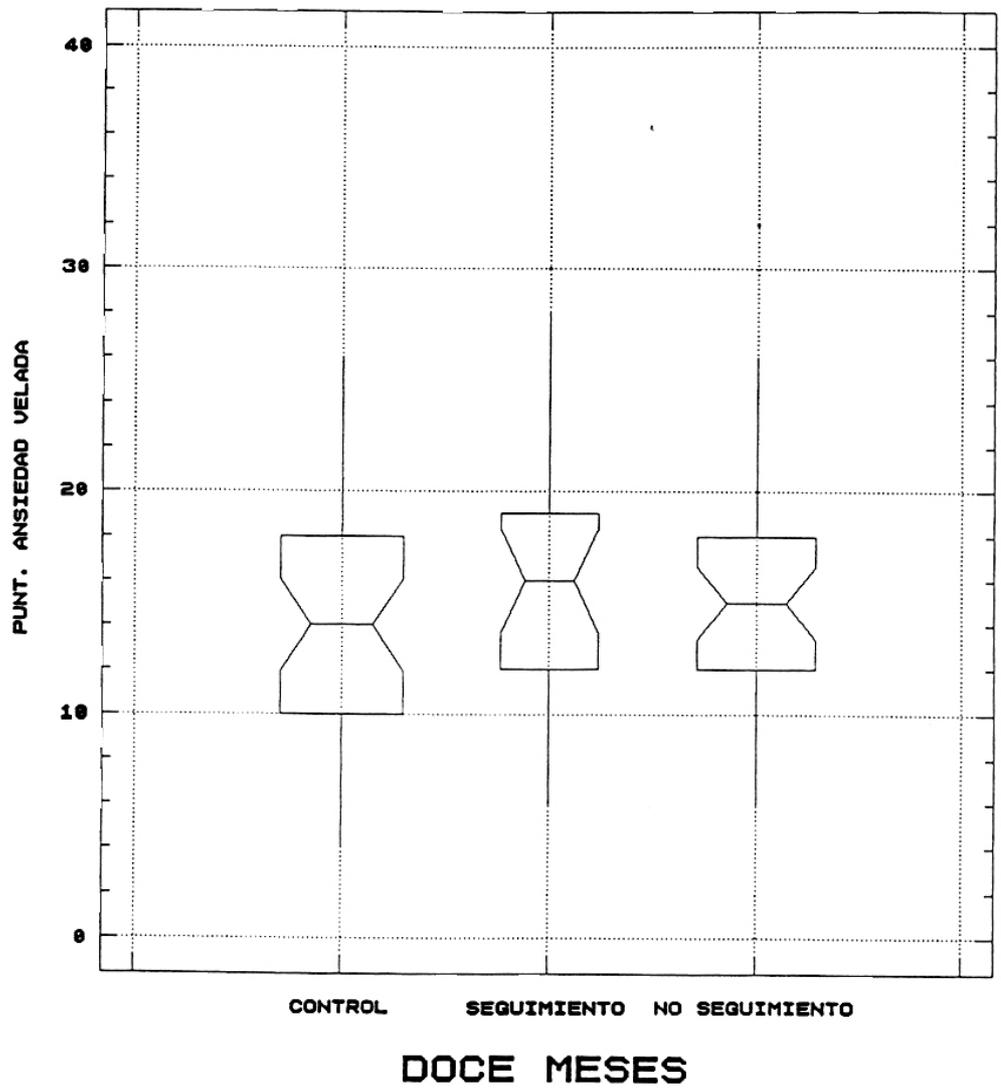


FIG 27. ANALISIS COMPARATIVO DE LA ANSIEDAD VELADA A LOS DOCE MESES

3.2.2.2- ANSIEDAD MANIFIESTA:

Los IC al 95% de las puntuaciones de la escala de Ansiedad Manifiesta para cada grupo de estudio, en los diversos momentos, se encuentran en la tabla 27.

TABLA 27. INTERVALOS DE CONFIANZA AL 95% DE LAS PUNTUACIONES DE LA ESCALA DE LA ANSIEDAD MANIFIESTA

AM	NACIMIENTO	6 MESES	12 MESES
CONTROL	11.5 - 16.0	10.6 - 15.8	10.5 - 15.1
SEGUIMIENTO	17.7 - 25.9	14.2 - 23.2	11.4 - 19.1
NO SEGUIMIENTO			15.9 - 21.0

Los resultados del grupo control no se modifican con el paso del tiempo, obteniendo valores similares en el nacimiento, a los 6 meses y a los 12 meses (Fig.28).

En el grupo de seguimiento si que encontramos diferencias temporales, apareciendo una mayor puntuación en el momento del nacimiento, que disminuye a los 6 meses, y que continúa decreciendo a los 12 meses ($p < 0.05$), encontrándose la mayor diferencia entre el nacimiento y los 12 meses (Fig.29).

El analisis comparativo entre el grupo control y el grupo de seguimiento, pone de manifiesto que

existen diferencias en el momento del nacimiento ($Z=-3.08$; $p<0.01$) (Fig.30).

A los 6 meses observamos que continúa una tendencia a la diferencia entre ambos grupos, aunque no alcanza diferencia significativa ($Z=1.81$; $p=0.06$); (Fig.31), la cual deja de existir a los 12 meses del mismo.

Al año, en el análisis comparativo de los tres grupos, encontramos diferencias significativas ($p=0.01$) (Fig.32). Las mujeres del grupo de seguimiento se encuentran con puntuaciones similares a las del grupo control, mientras que existen diferencias entre el grupo control y el grupo de no seguimiento.

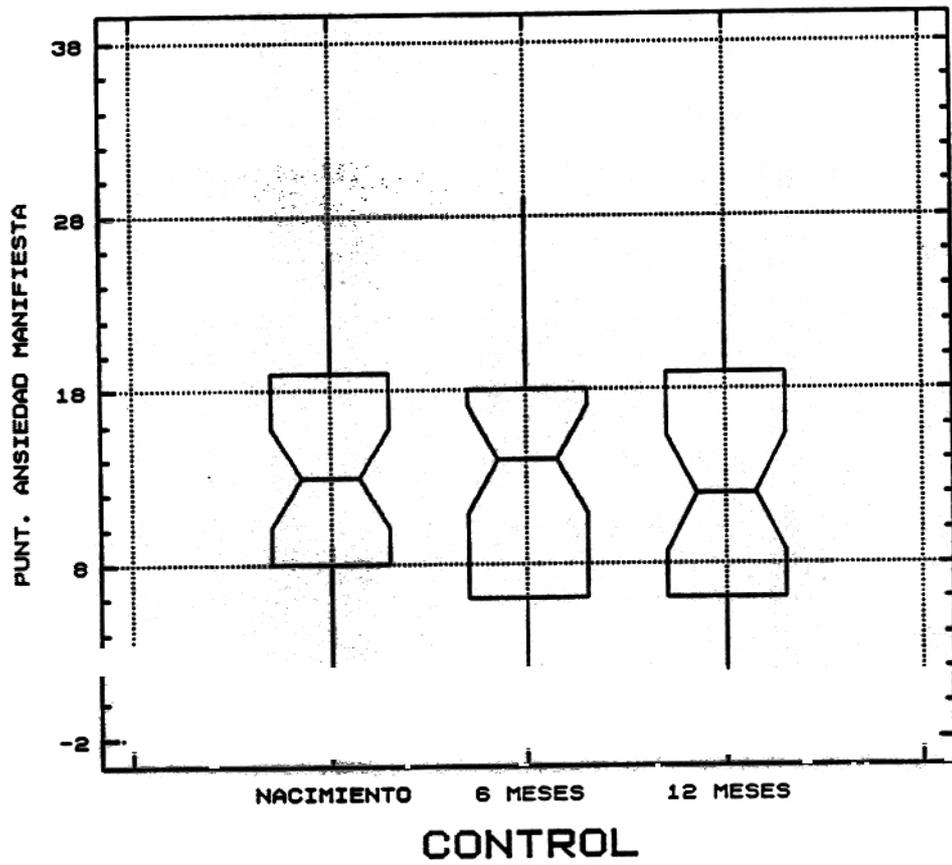


FIG 28. EVOLUCION DE LA ANSIEDAD MANIFIESTA EN EL GRUPO CONTROL

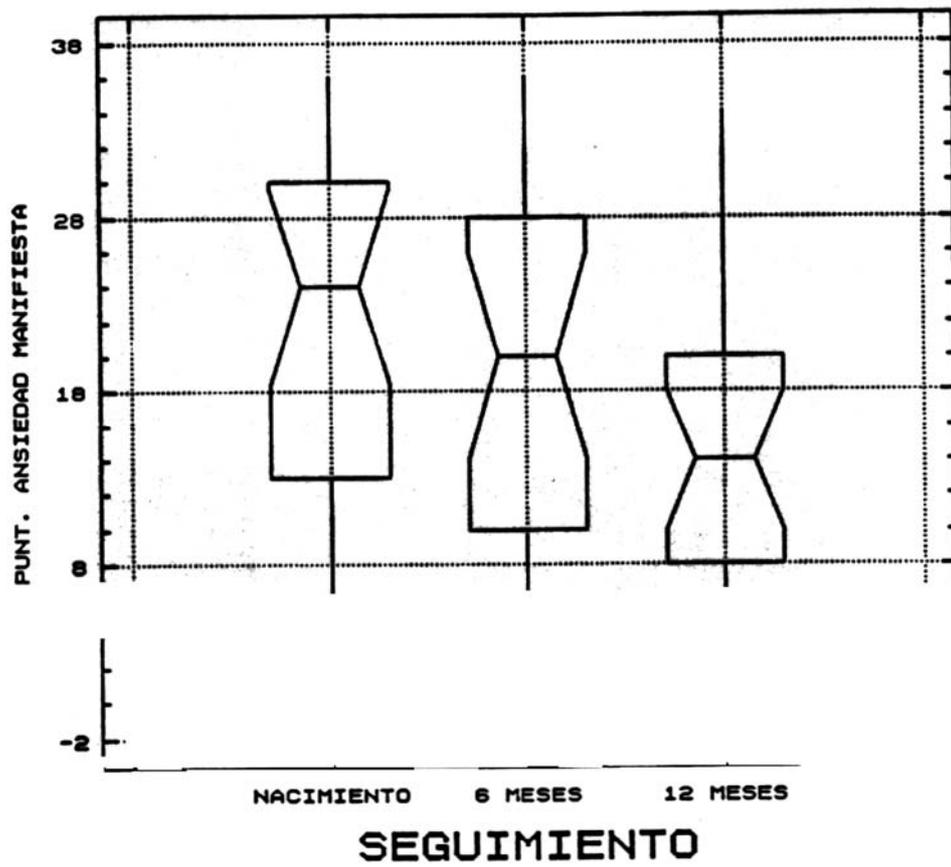


FIG 29 EVOLUCION DE LA ANSIEDAD MANIFIESTA EN EL GRUPO DE SEGUIMIENTO

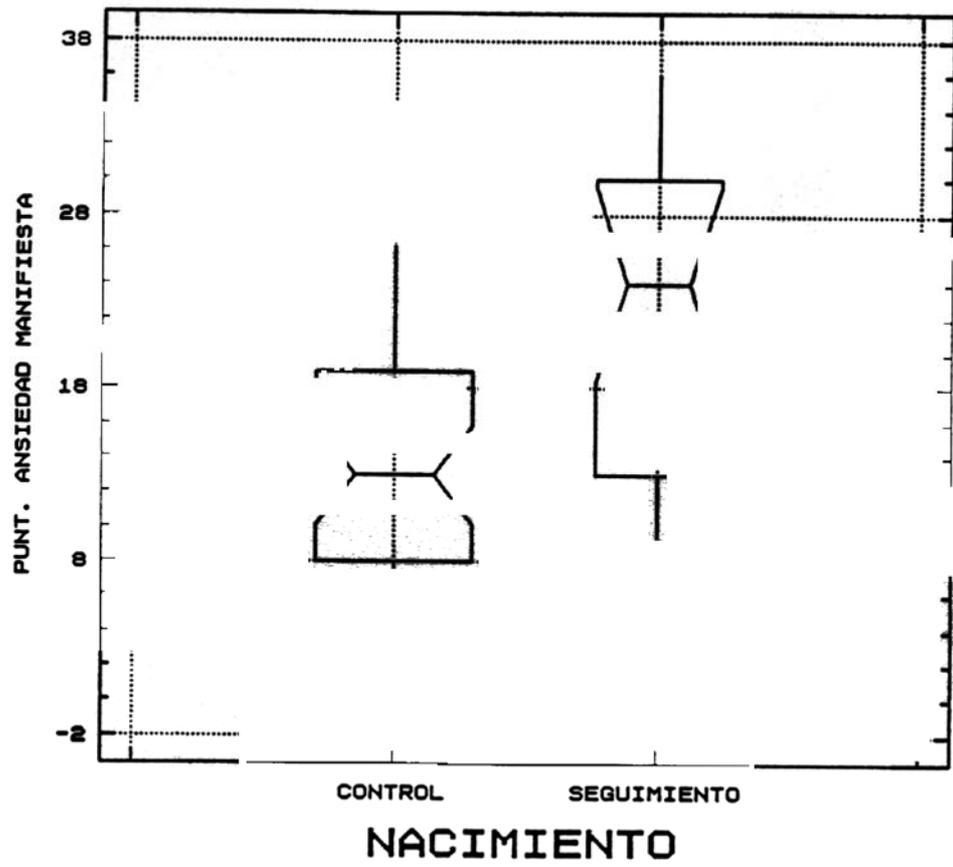


FIG 30 ANALISIS COMPARATIVO DE LA ANSIEDAD MANIFIESTA EN EL NACIMIENTO

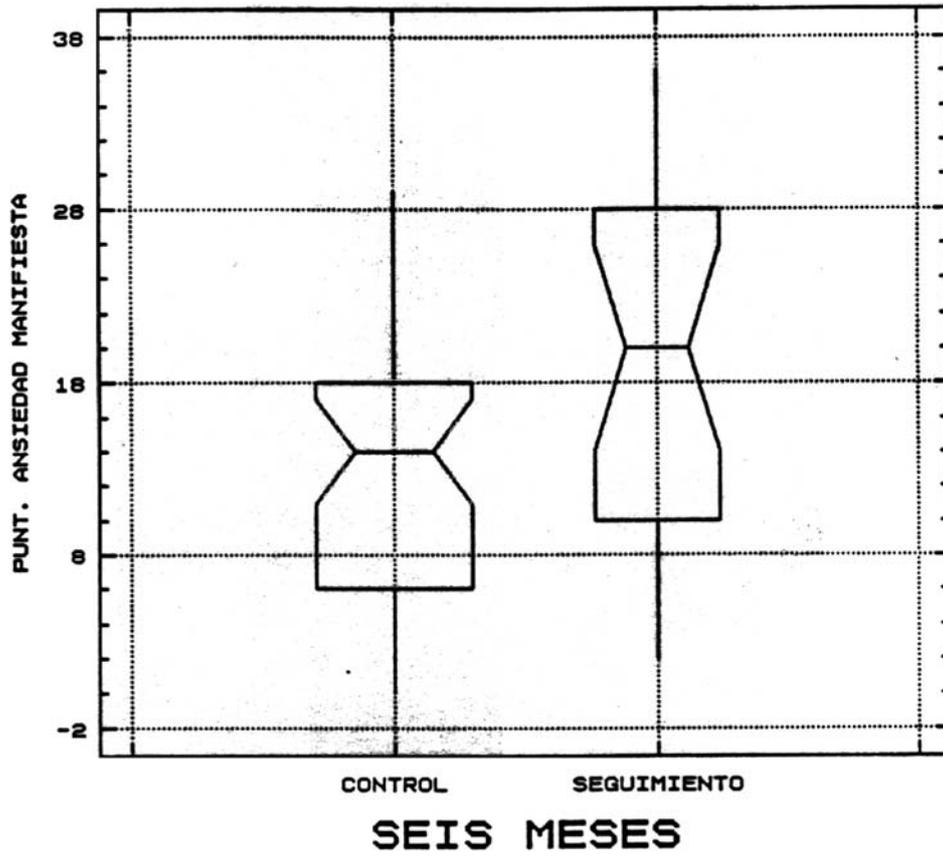


FIG 31 ANALISIS COMPARATIVO DE LA ANSIEDAD MANIFIESTA A LOS SEIS MESES

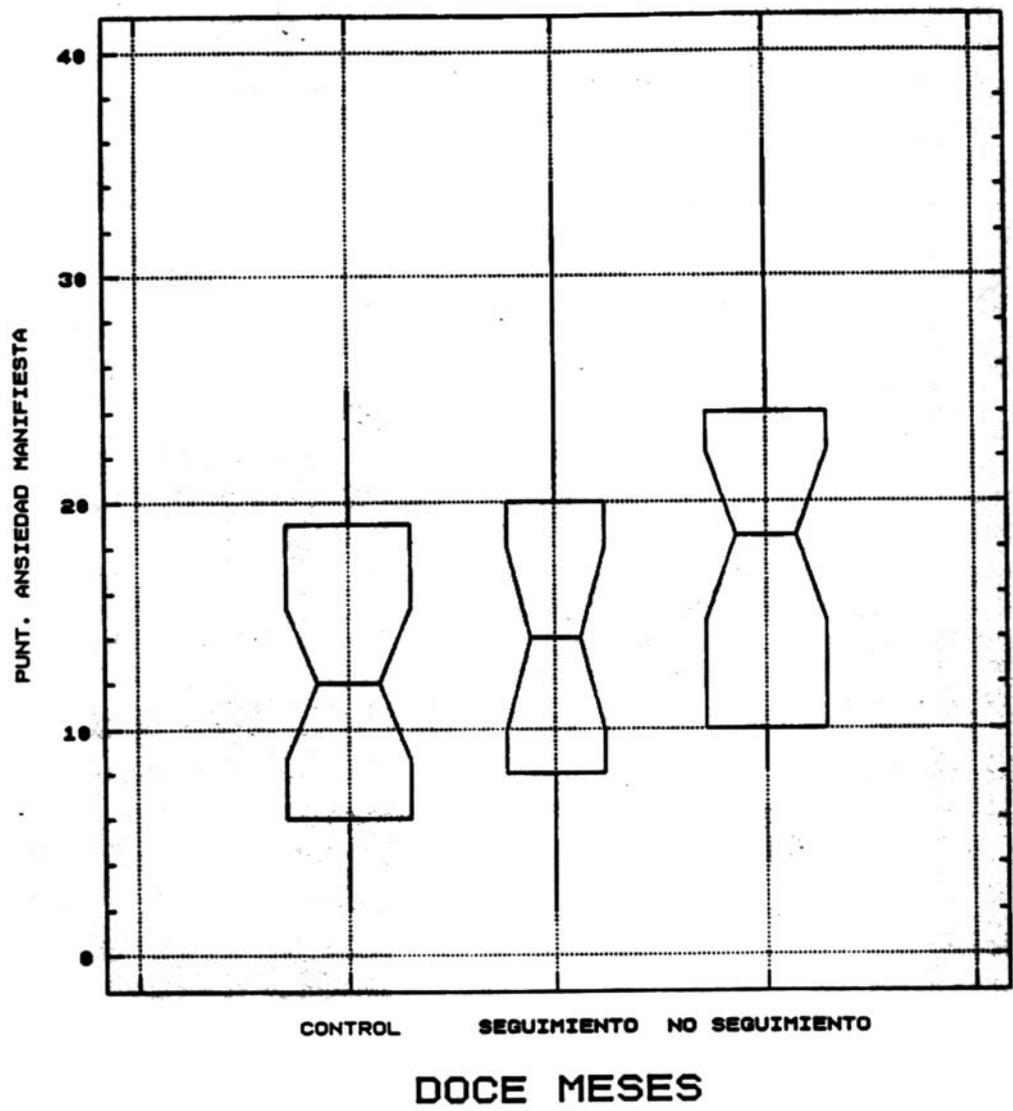


FIG 32 ANALISIS COMPARATIVO DE LA ANSIEDAD MANIFIESTA A LOS DOCE MESES

3.2.2.3- ANSIEDAD TOTAL:

Los IC al 95% de las puntuaciones de la escala de Ansiedad Total para cada grupo de estudio, en los distintos momentos, se encuentran en la tabla 28.

TABLA 28. INTERVALOS DE CONFIANZA AL 95% DE LAS PUNTUACIONES DE LA ESCALA DE ANSIEDAD TOTAL

AT	NACIMIENTO	6 MESES	12 MESES
CONTROL	25.2 - 32.9	23.2 - 30.9	23.5 - 30.6
SEGUIMIENTO	31.8 - 44.8	28.8 - 42.2	24.9 - 37.1
NO SEGUIMIENTO			30.1 - 38.0

En el grupo control esta variable no sufre cambios temporales significativos, manteniendo valores similares en el nacimiento, a los 6 meses y a los 12 meses (Fig.33).

En el estudio del grupo de seguimiento, observamos que se producen diferencias temporales significativas ($p < 0.05$) (Fig.34), con tendencia a disminuir la puntuación con el paso del tiempo.

Cuando el análisis comparativo lo realizamos entre el grupo control y el grupo de seguimiento, vemos que existen diferencias en el momento del nacimiento ($Z=2.20$; $p < 0.05$) (Fig.35).

A los 6 meses las mujeres del grupo de seguimiento disminuyen las puntuaciones, y aunque hay una tendencia a la diferenciación, vemos que esta ya no es significativa ($Z=-1.87$; $p=0.06$) (Fig.36), encontrándonos a los 12 meses con puntuaciones similares en ambos grupos.

Si analizamos comparativamente los tres grupos al año del nacimiento, observamos que no hay diferencias significativas entre ellos, si bien las mujeres de no seguimiento puntúan más alto que las de control y seguimiento (Fig.37).

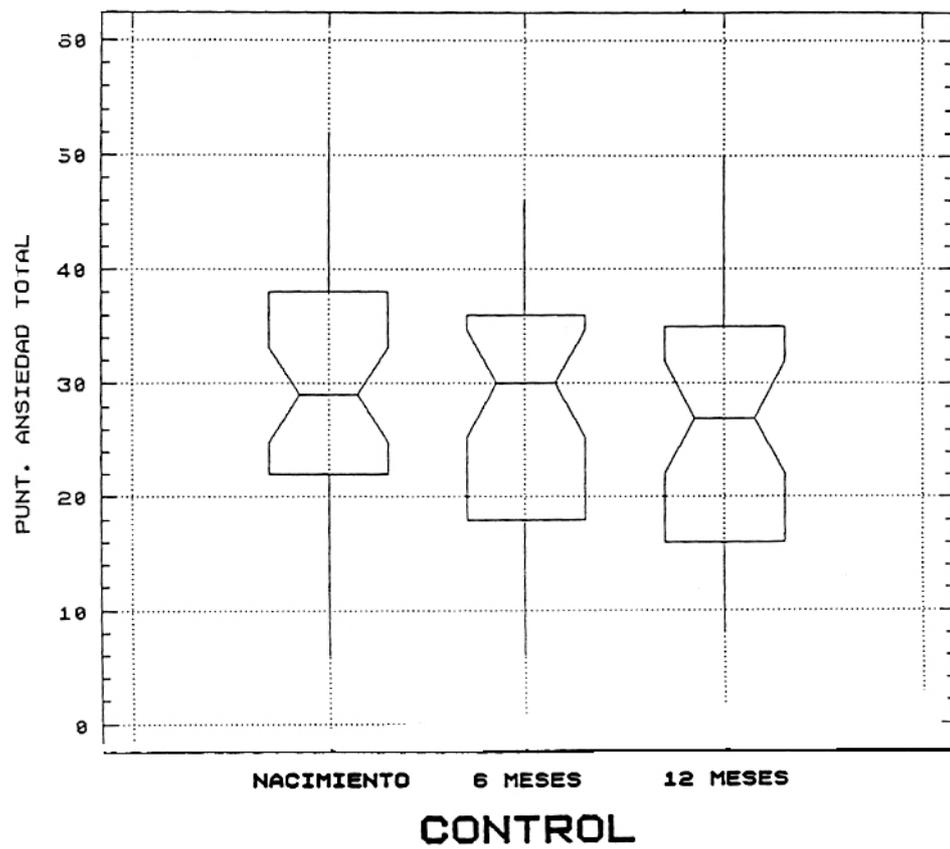


FIG 33. EVOLUCION DE LA ANSIEDAD TOTAL EN EL GRUPO CONTROL

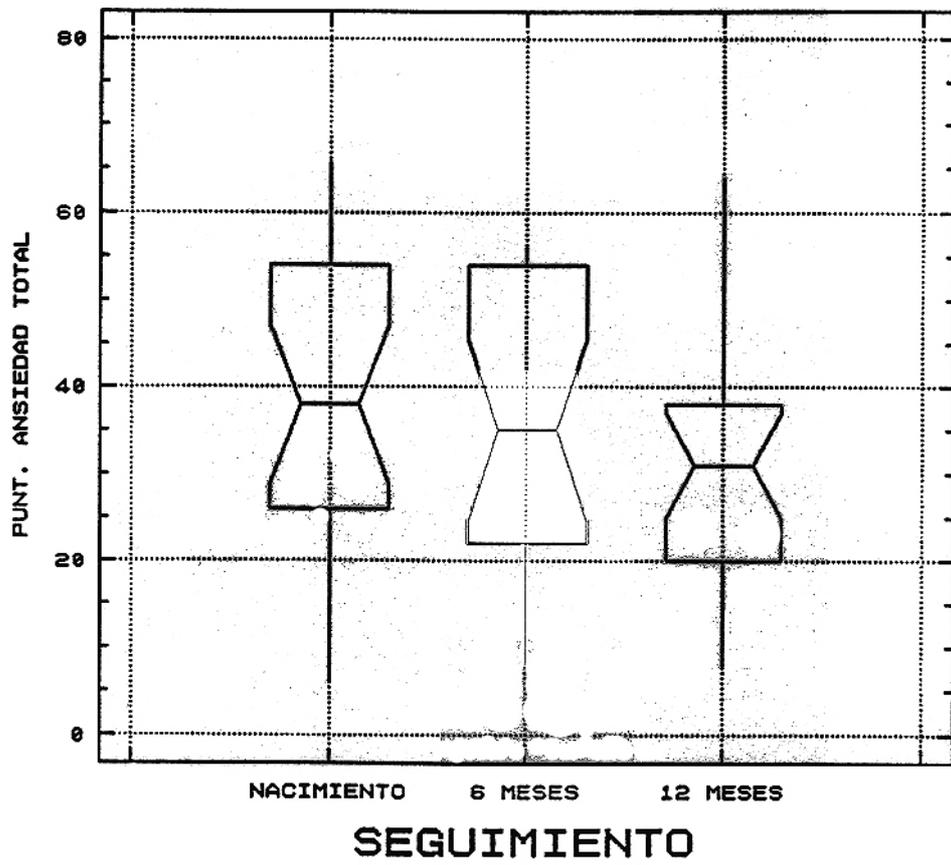


FIG 34 EVOLUCION DE LA ANSIEDAD TOTAL EN EL GRUPO DE SEGUIMIENTO

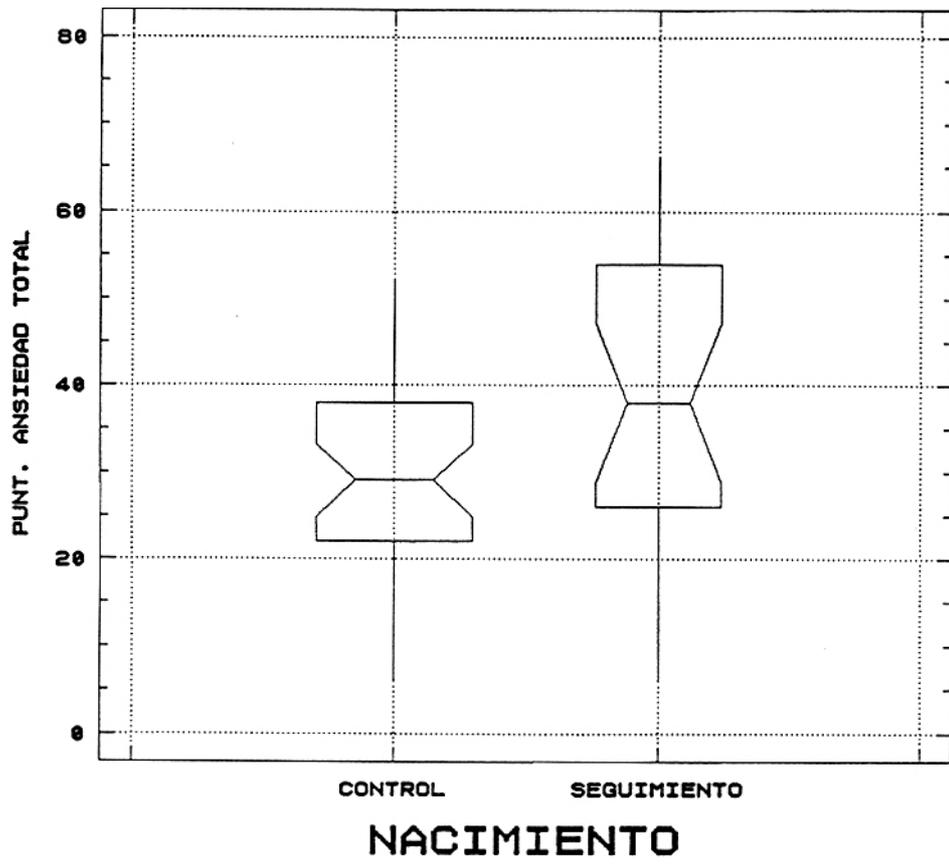


FIG 35. ANALISIS COMPARATIVO DE LA ANSIEDAD TOTAL EN EL NACIMIENTO

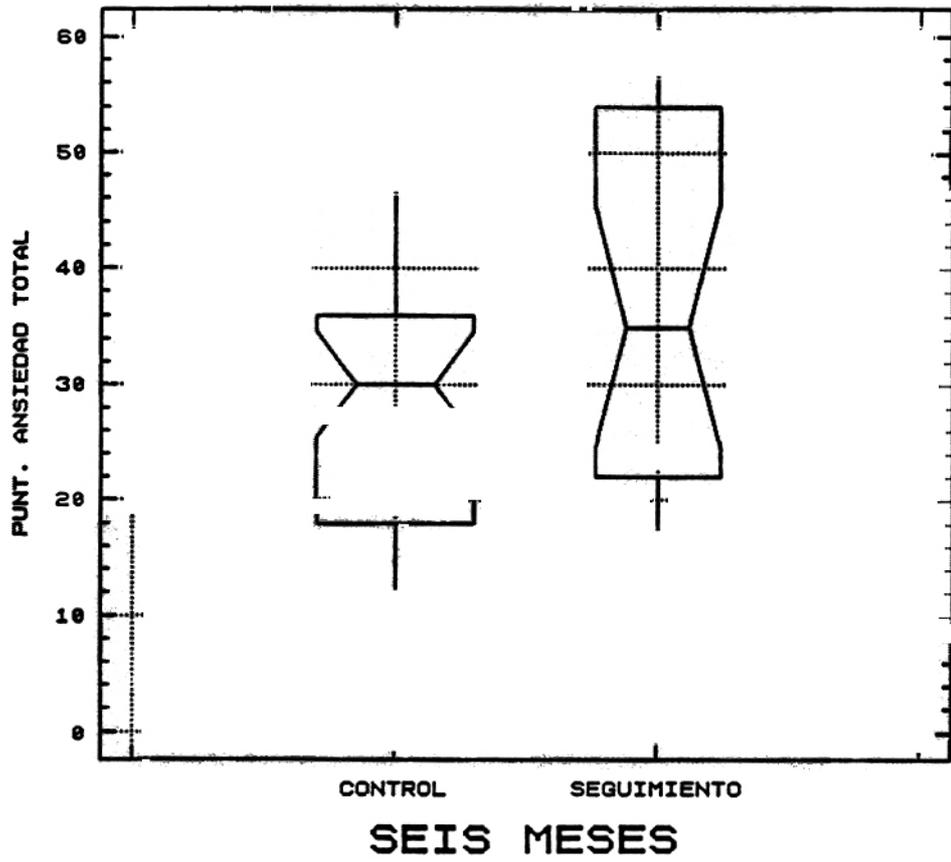


FIG 36 ANALISIS COMPARATIVO DE LA ANSIEDAD TOTAL A LOS SEIS MESES

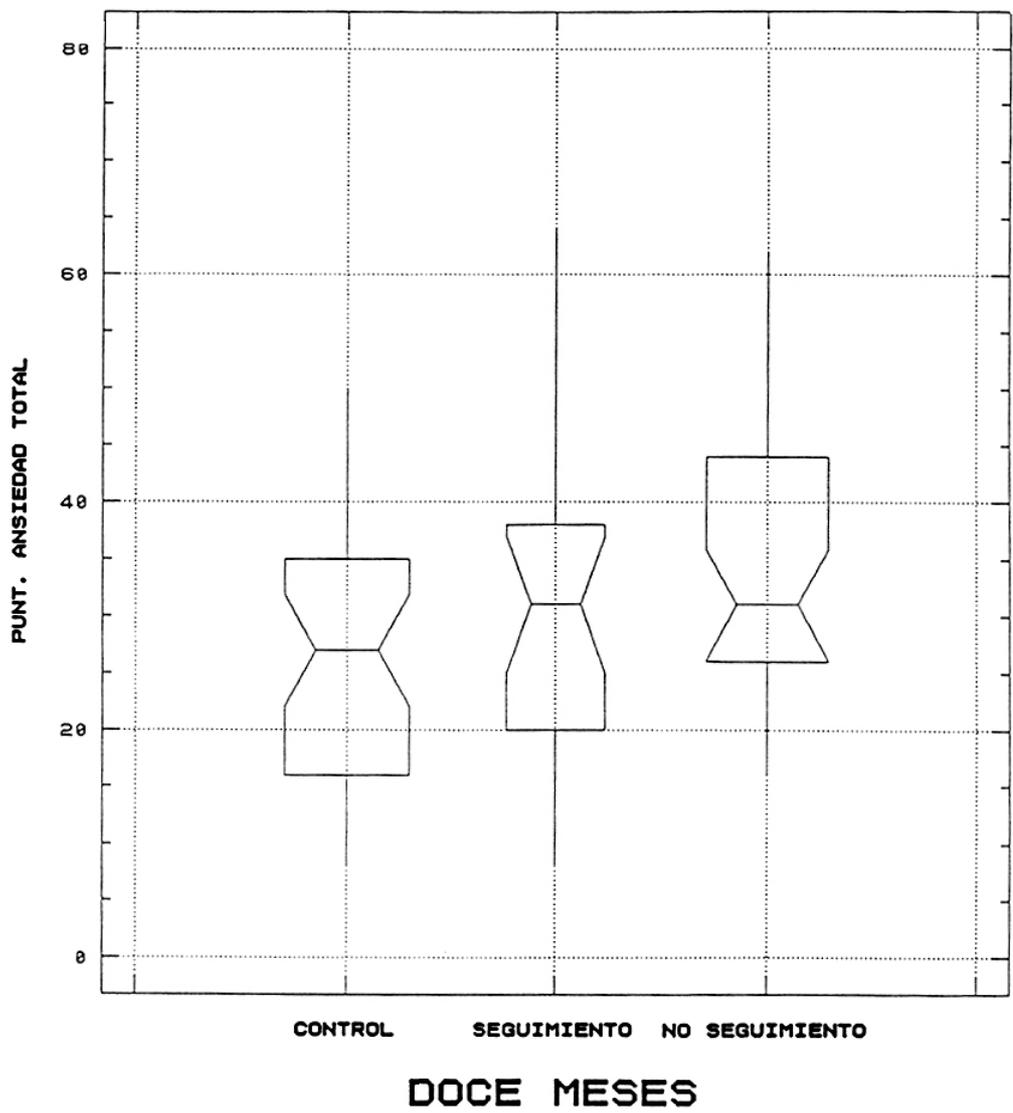


FIG 37. ANALISIS COMPARATIVO DE LA ANSIEDAD TOTAL A LOS DOCE MESES

3.2.2.4- SUBFACTOR Q-3:

Los IC al 95% de las puntuaciones del Subfactor Q-3 para cada grupo de estudio, en los diferentes momentos, se encuentran en la tabla 29.

TABLA 29. INTERVALOS DE CONFIANZA AL 95% DE LAS PUNTUACIONES DE LA ESCALA DEL SUBFACTOR Q-3

Q-3	NACIMIENTO	6 MESES	12 MESES
CONTROL	3.4 - 4.8	3.2 - 4.8	3.8 - 5.4
SEGUIMIENTO	3.9 - 6.6	3.3 - 6.1	3.4 - 6.2
NO SEGUIMIENTO			4.2 - 5.8

Esta variable no sufre alteraciones con el paso del tiempo, en el grupo control (Fig.38).

En el grupo de seguimiento, no hay modificaciones significativas temporales, aunque existe una tendencia a la diferenciación entre el nacimiento y los 12 meses (Fig.39).

El estudio comparativo entre el grupo control y el de seguimiento, al nacimiento (Fig.40), y a los 6 meses, no revela diferencias significativas (Fig.41).

Al año del parto, tampoco aparecen diferencias entre las puntuaciones de los tres grupos (Fig.42).

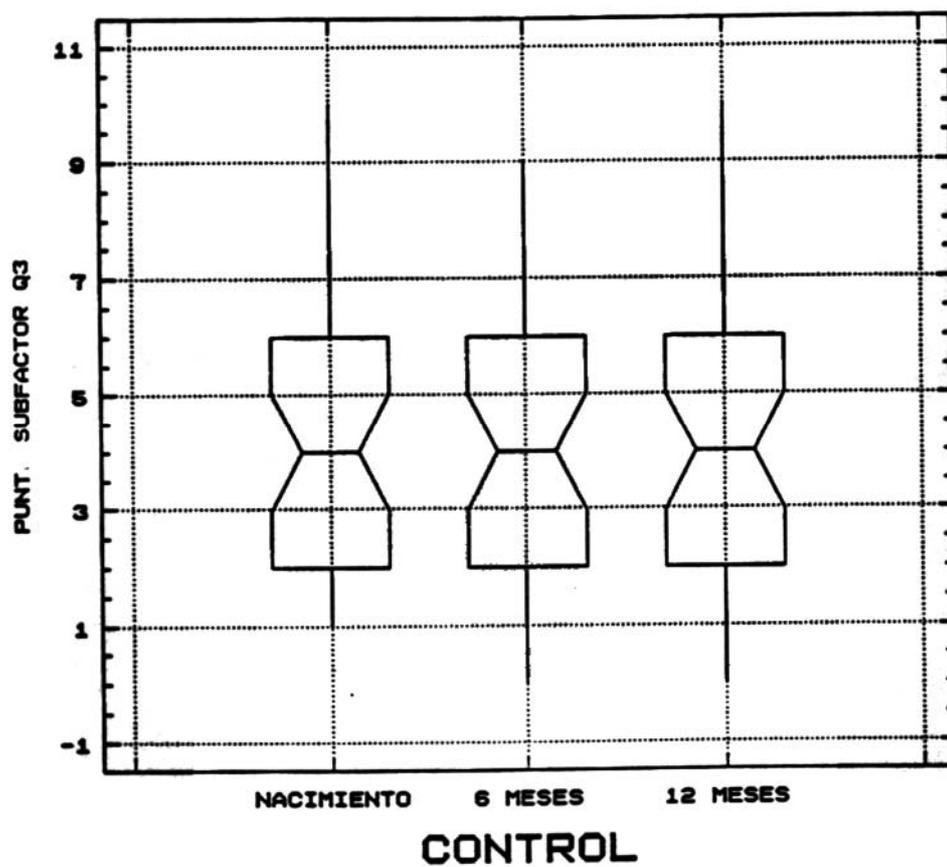


FIG 38. EVOLUCION DEL SUBFACTOR Q3 EN EL GRUPO CONTROL

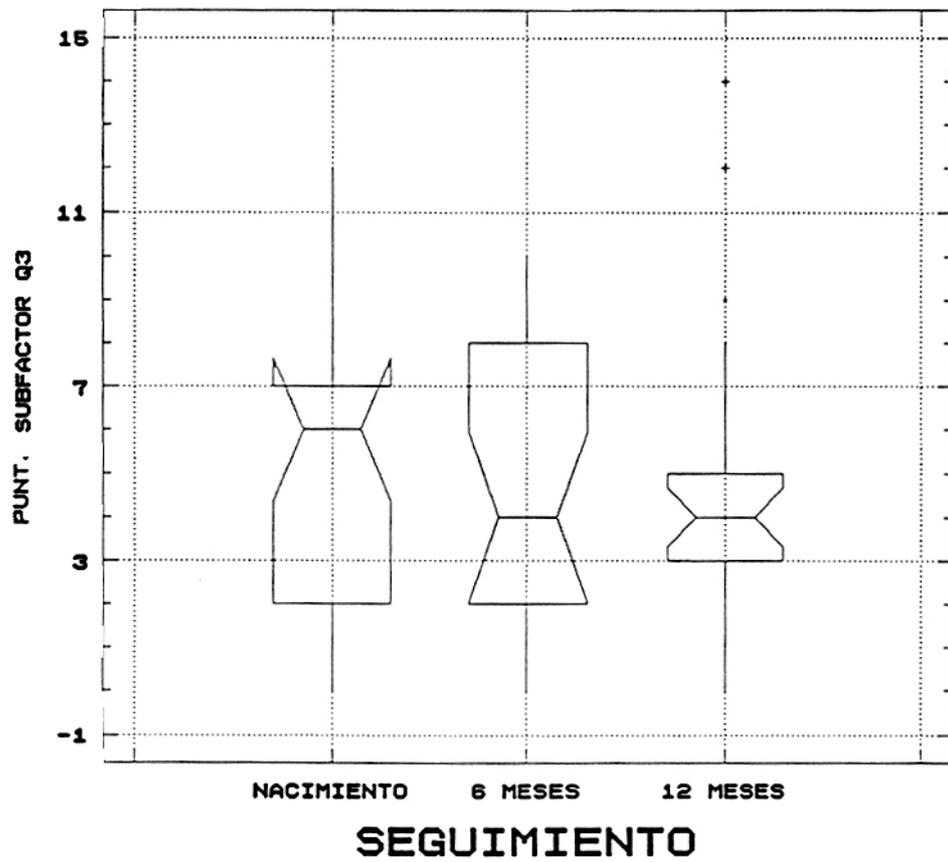


FIG 39 EVOLUCION DEL SUBFACTOR Q3 EN EL GRUPO DE SEGUIMIENTO

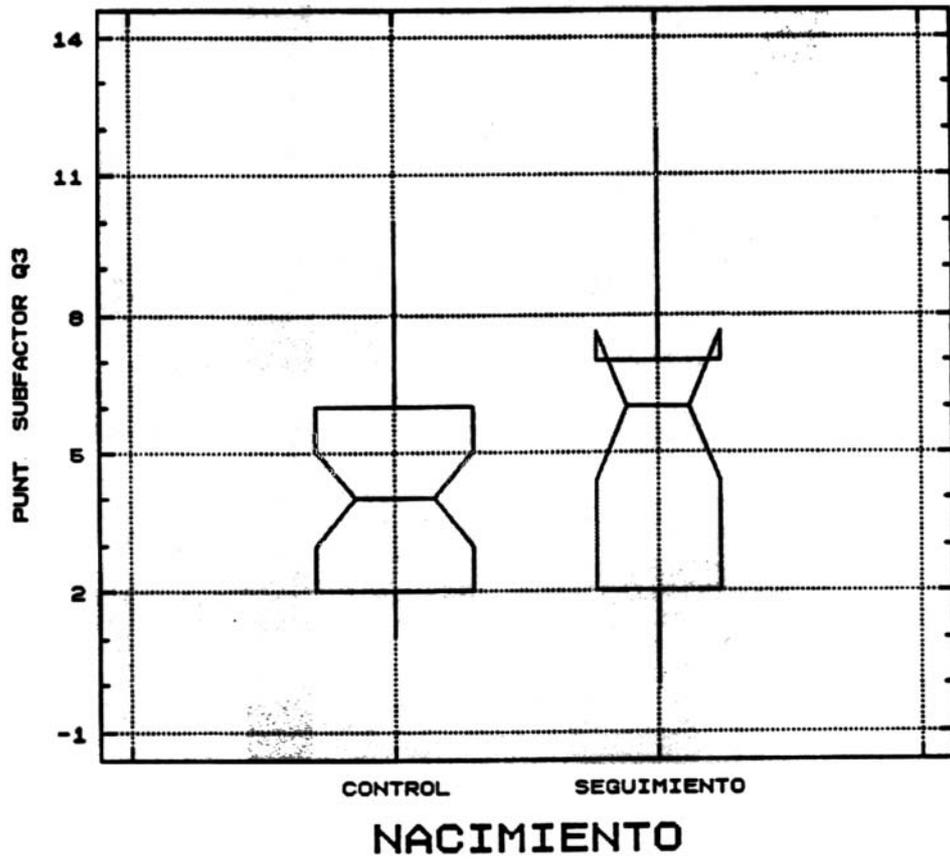


FIG 40 ANALISIS COMPARATIVO DEL SUBFACTOR Q3 EN EL NACIMIENTO

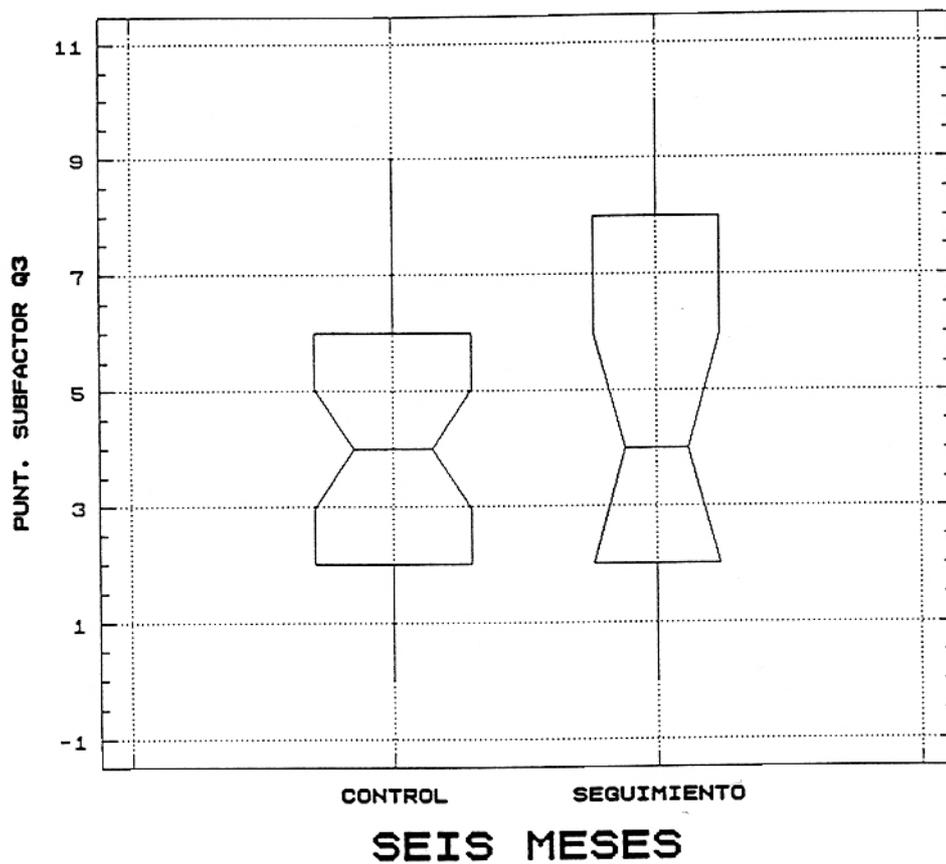


FIG 41 ANALISIS COMPARATIVO DEL SUBFACTOR Q3 A LOS SEIS MESES

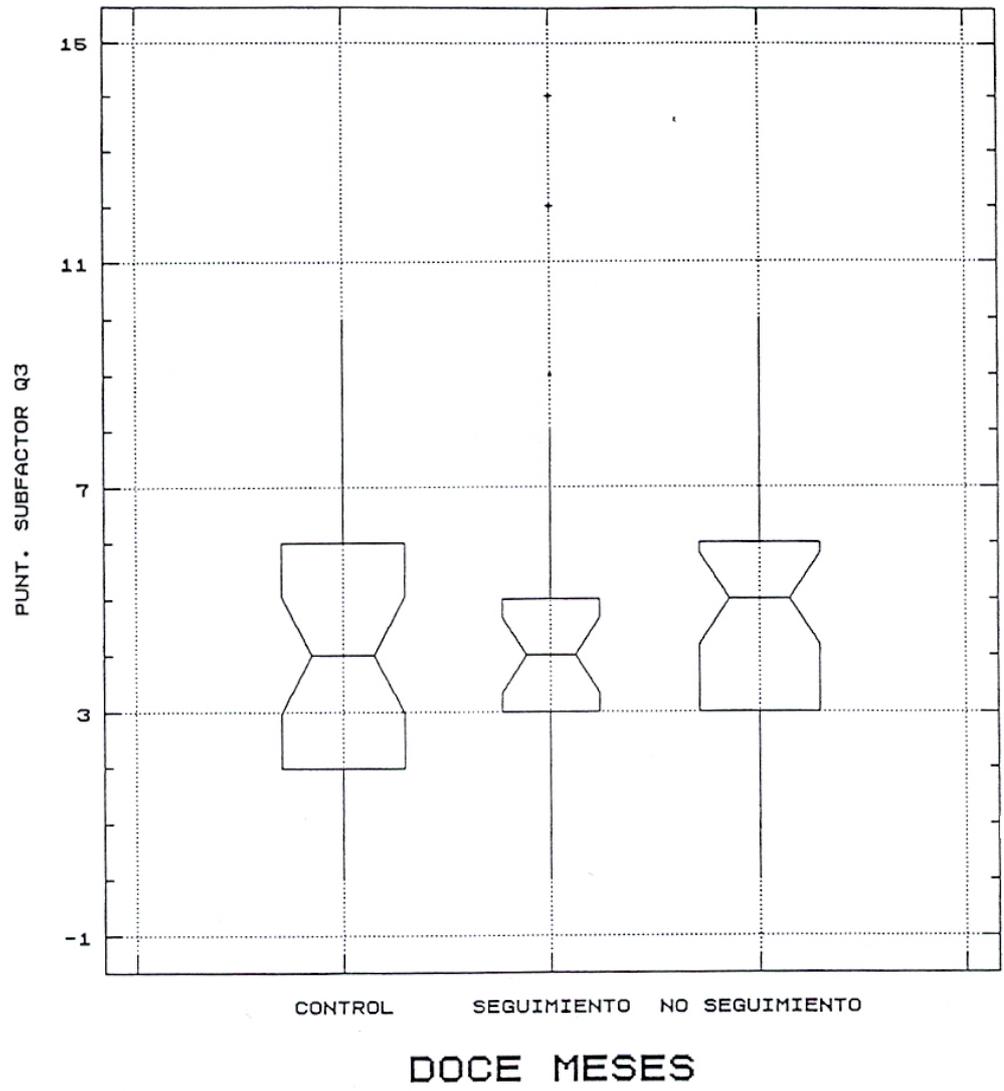


FIG 42. ANALISIS COMPARATIVO DEL SUBFACTOR Q3 A LOS DOCE MESES

3.2.2.5- SUBFACTOR C:

Los IC al 95% de las puntuaciones del Subfactor C para cada grupo de estudio, en los distintos momentos, se encuentran en la tabla 30.

TABLA 30. INTERVALOS DE CONFIANZA AL 95% DE LAS PUNTUACIONES DE LA ESCALA DEL SUBFACTOR C

C	NACIMIENTO	6 MESES	12 MESES
CONTROL	2.7 - 4.2	2.6 - 5.0	2.4 - 3.7
SEGUIMIENTO	3.3 - 5.2	3.4 - 5.6	2.0 - 4.6
NO SEGUIMIENTO			3.0 - 4.9

Esta variable no sufre modificaciones, no encontrando diferencias temporales ni en el grupo control, ni en el de seguimiento (Figs. 43, 44).

Tampoco se aprecian estas diferencias al hacer comparaciones entre los grupos (Figs. 45, 46, 47).

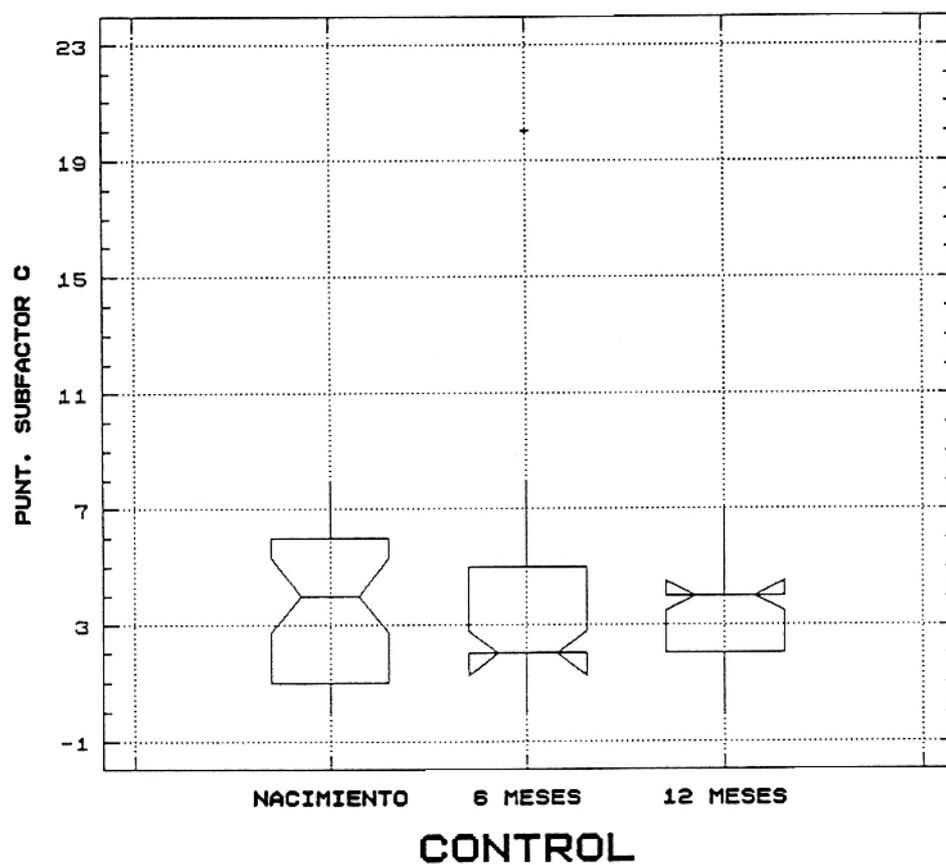


FIG 43 EVOLUCION DEL SUBFACTOR C EN EL GRUPO CONTROL

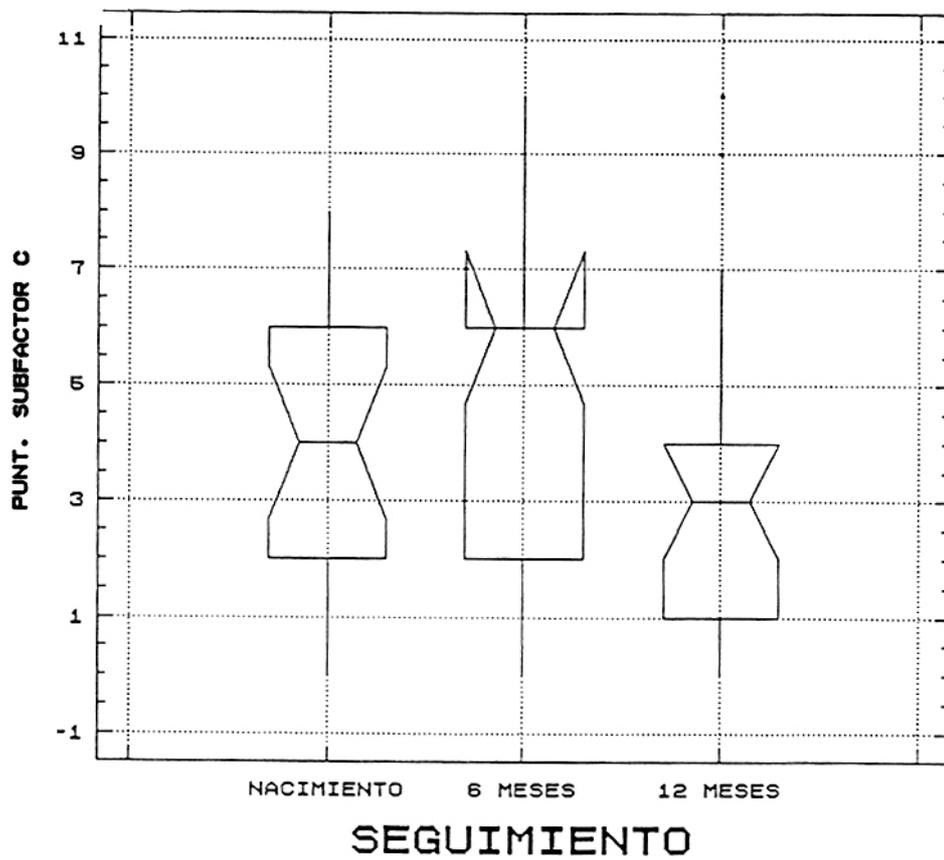


FIG 44 EVOLUCION DEL SUBFACTOR C EN EL GRUPO DE SEGUIMIENTO

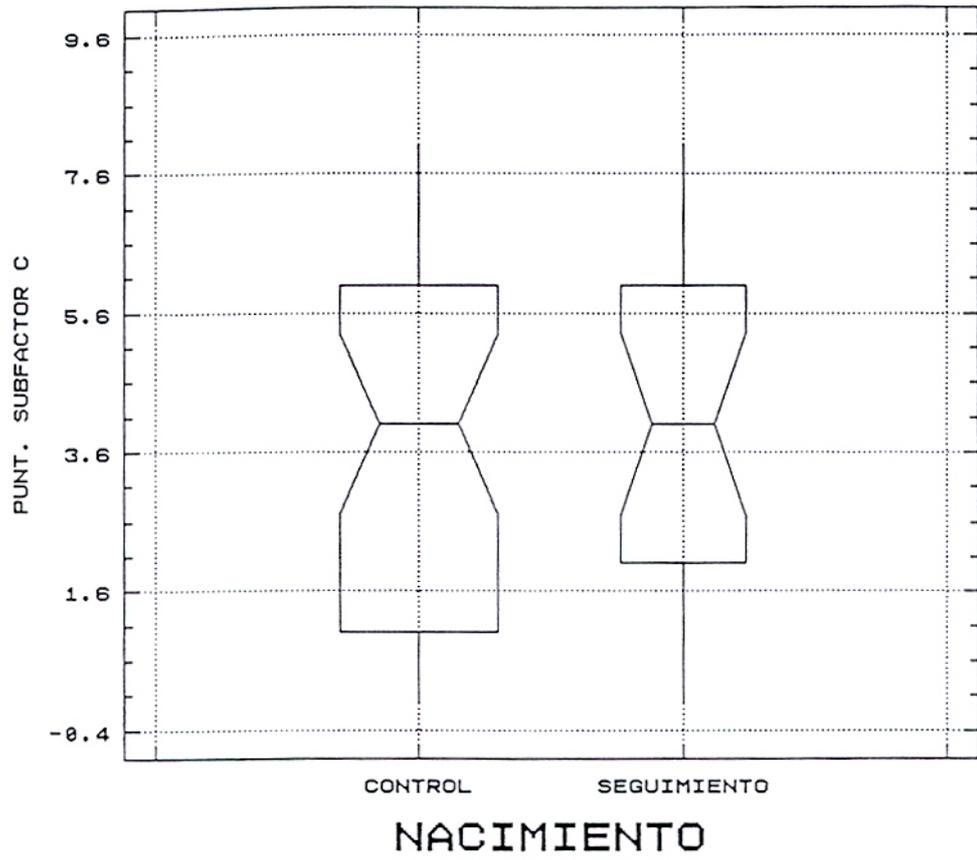


FIG 45. ANALISIS COMPARATIVO DEL SUBFACTOR C EN EL NACIMIENTO

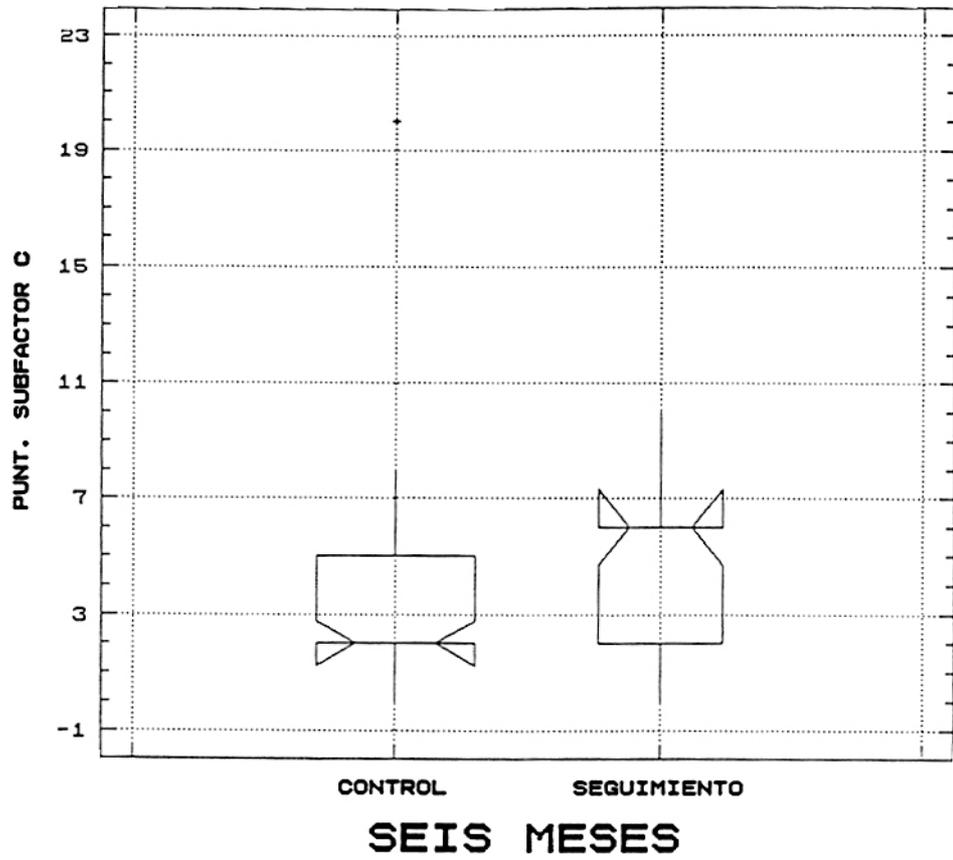


FIG 46 ANALISIS COMPARATIVO DEL SUBFACTOR C A LOS SEIS MESES

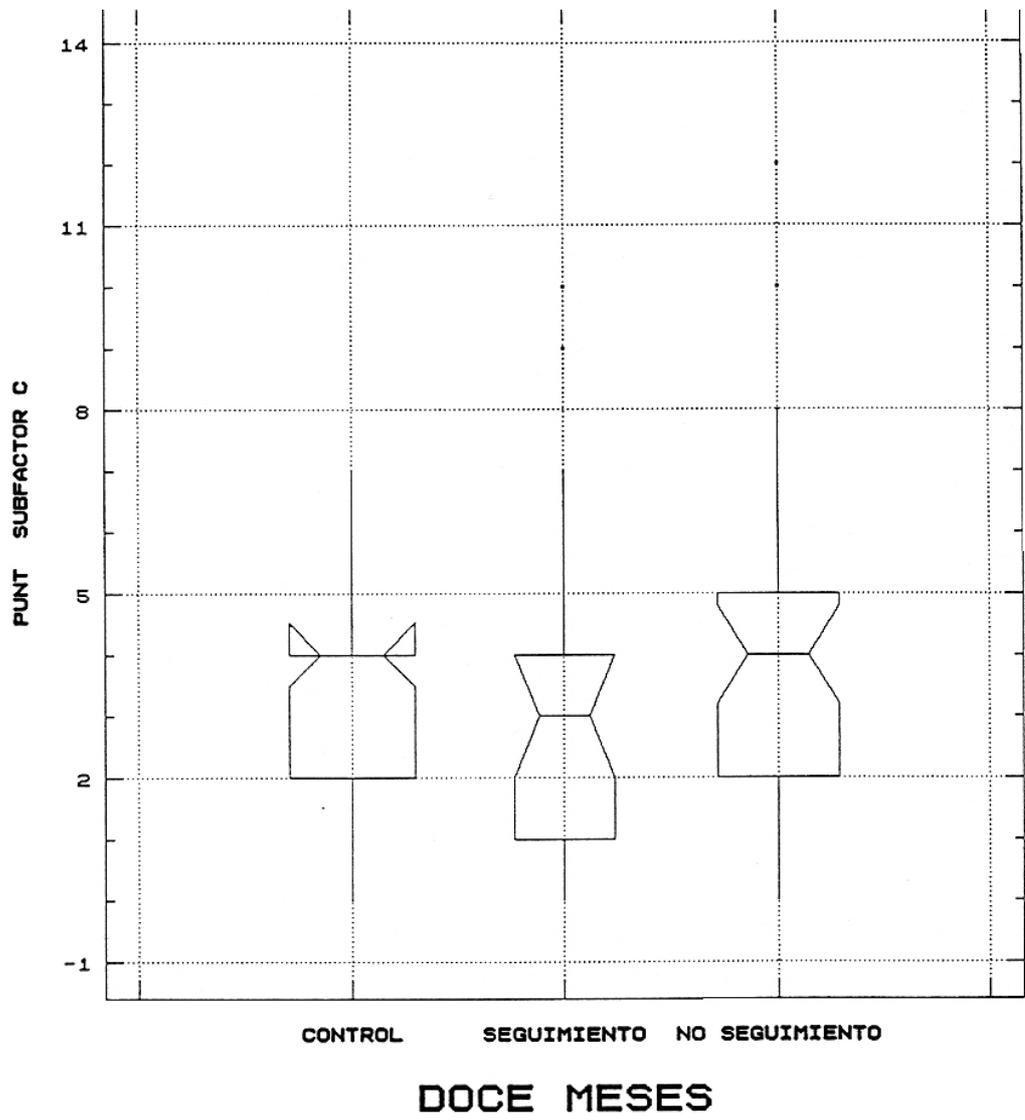


FIG 47 ANALISIS COMPARATIVO DEL SUBFACTOR C A LOS DOCE MESES

3.2.2.6- SUBFACTOR L:

Los IC al 95% de las puntuaciones del Subfactor L para cada grupo de estudio, en los diversos momentos, se encuentran en la tabla 31.

TABLA 31. INTERVALOS DE CONFIANZA AL 95% DE LAS PUNTUACIONES DE LA ESCALA DEL SUBFACTOR L

L	NACIMIENTO	6 MESES	12 MESES
CONTROL	2.3 - 3.5	2.3 - 3.7	1.9 - 3.6
SEGUIMIENTO	2.0 - 4.1	2.8 - 4.4	2.5 - 4.4
NO SEGUIMIENTO			2.6 - 3.6

Los resultados obtenidos al realizar los distintos análisis estadísticos, muestran que no hay diferencias ni temporales ni entre grupos (Figs. 48, 49, 50, 51, 52).

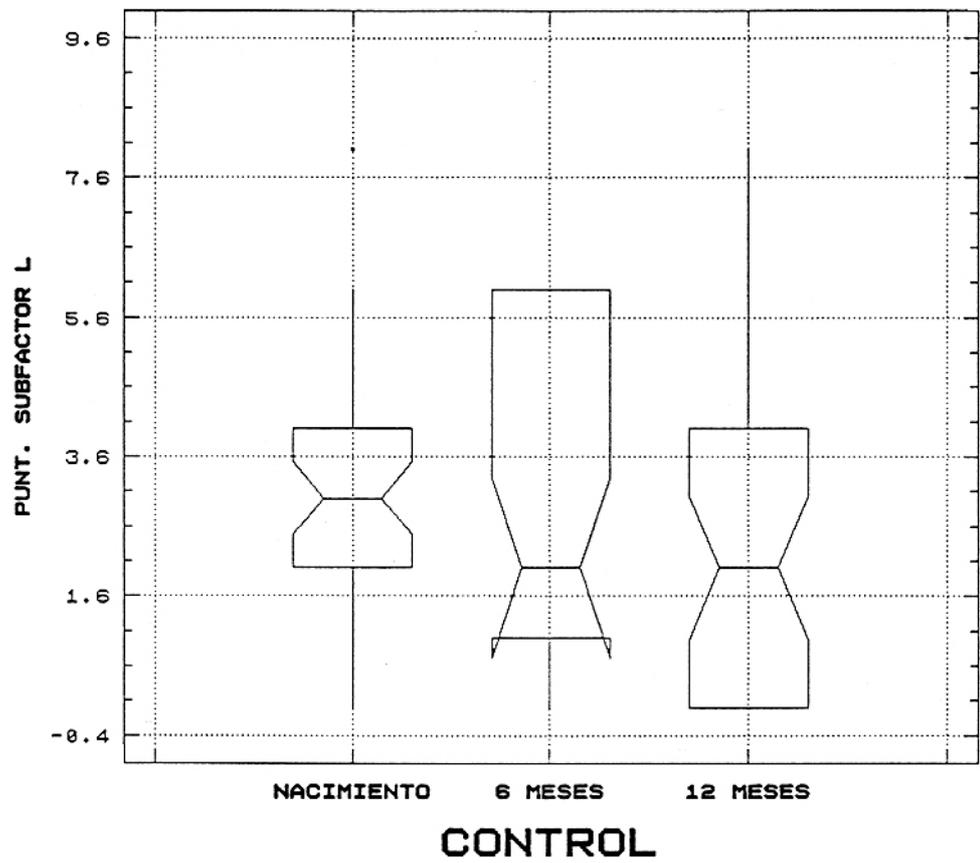


FIG 48. EVOLUCION DEL SUBFACTOR L EN EL GRUPO CONTROL

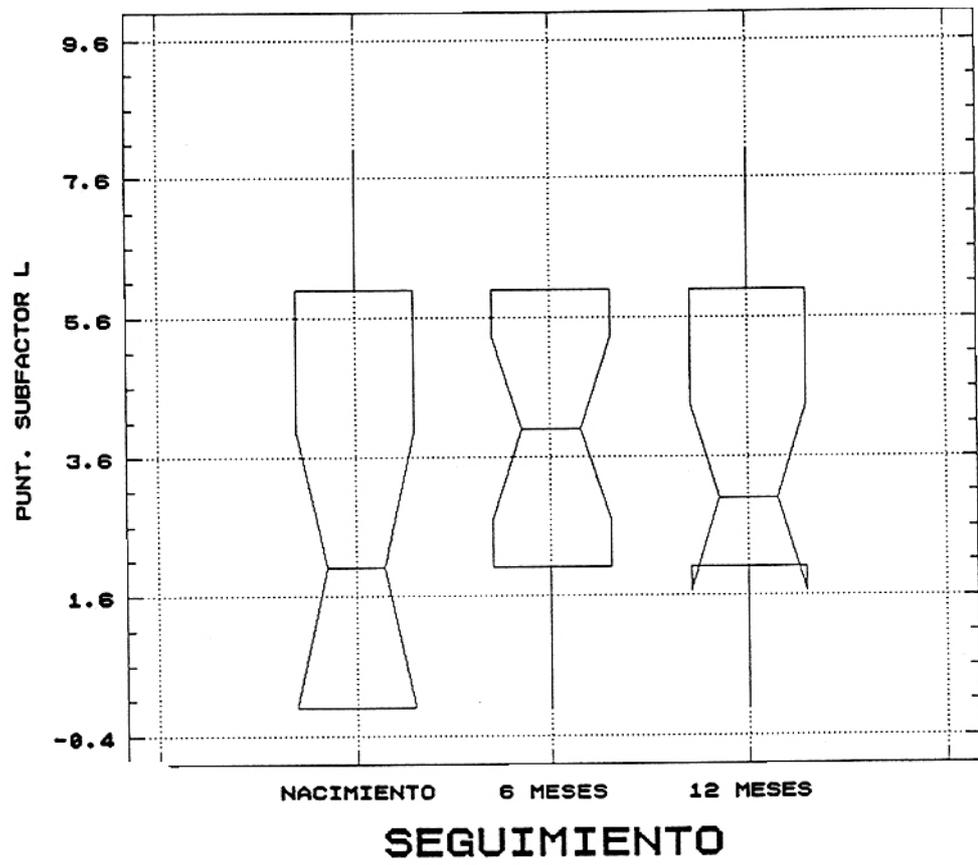


FIG 49 EVOLUCION DEL SUBFACTOR L EN EL GRUPO DE SEGUIMIENTO

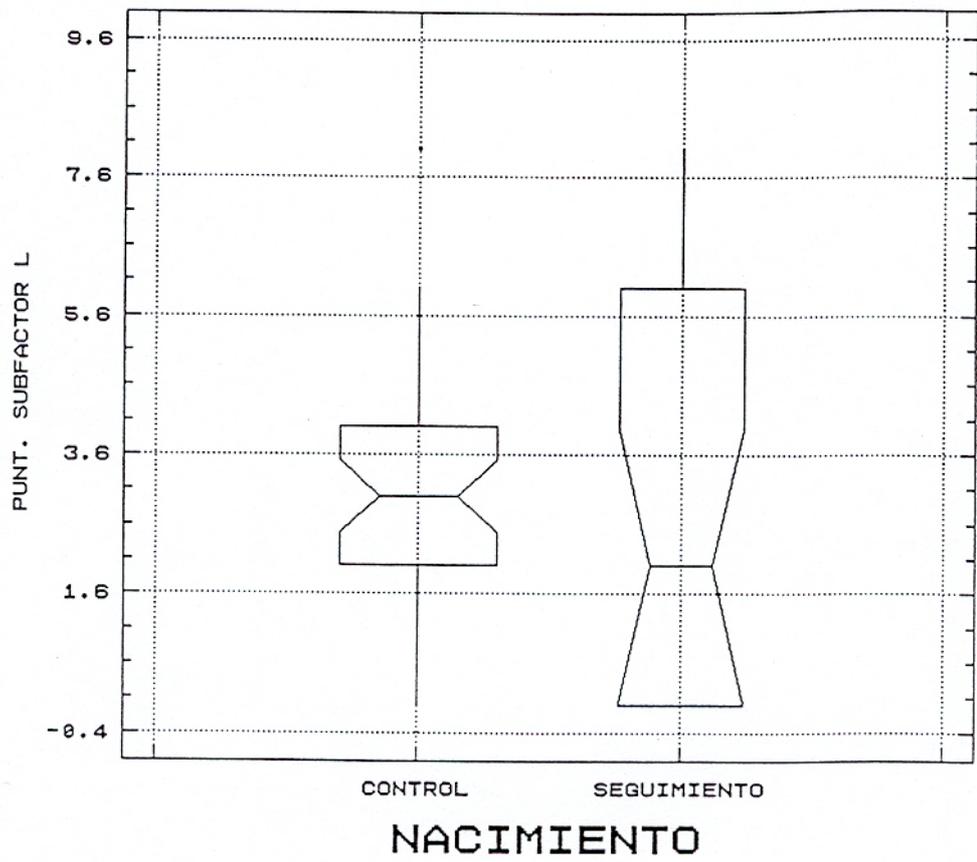


FIG 50. ANALISIS COMPARATIVO DEL SUBFACTOR L EN EL NACIMIENTO

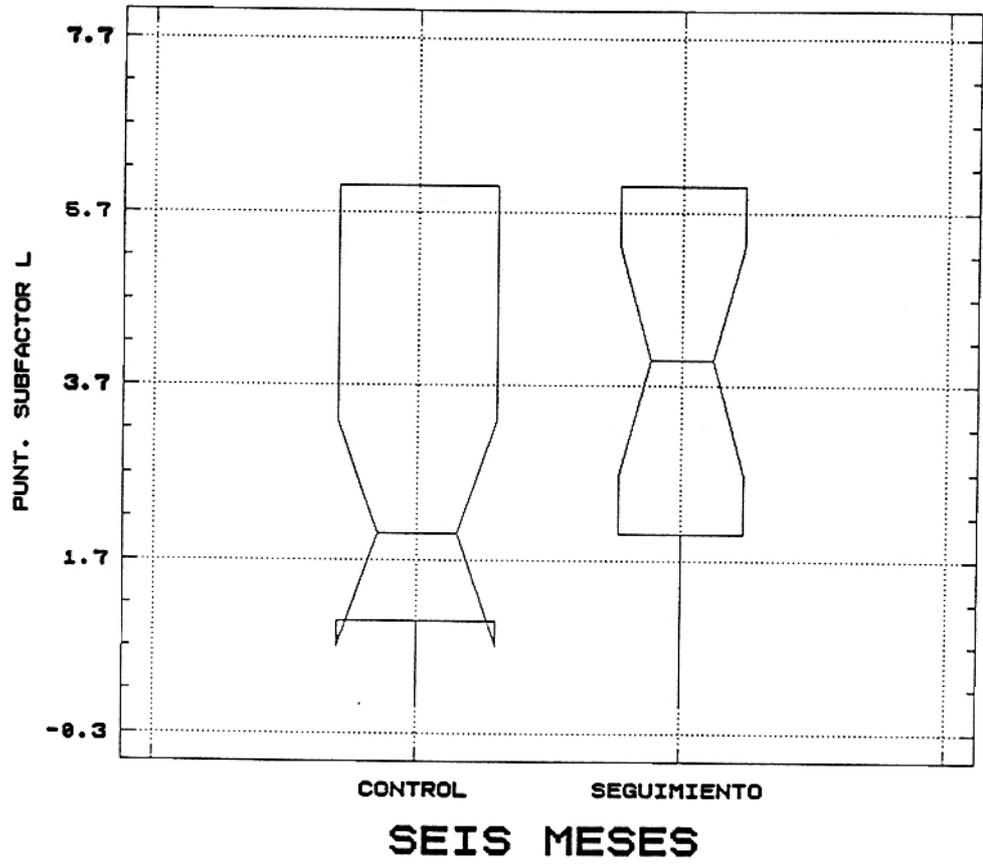


FIG 51 ANALISIS COMPARATIVO DEL SUBFACTOR L A LOS SEIS MESES

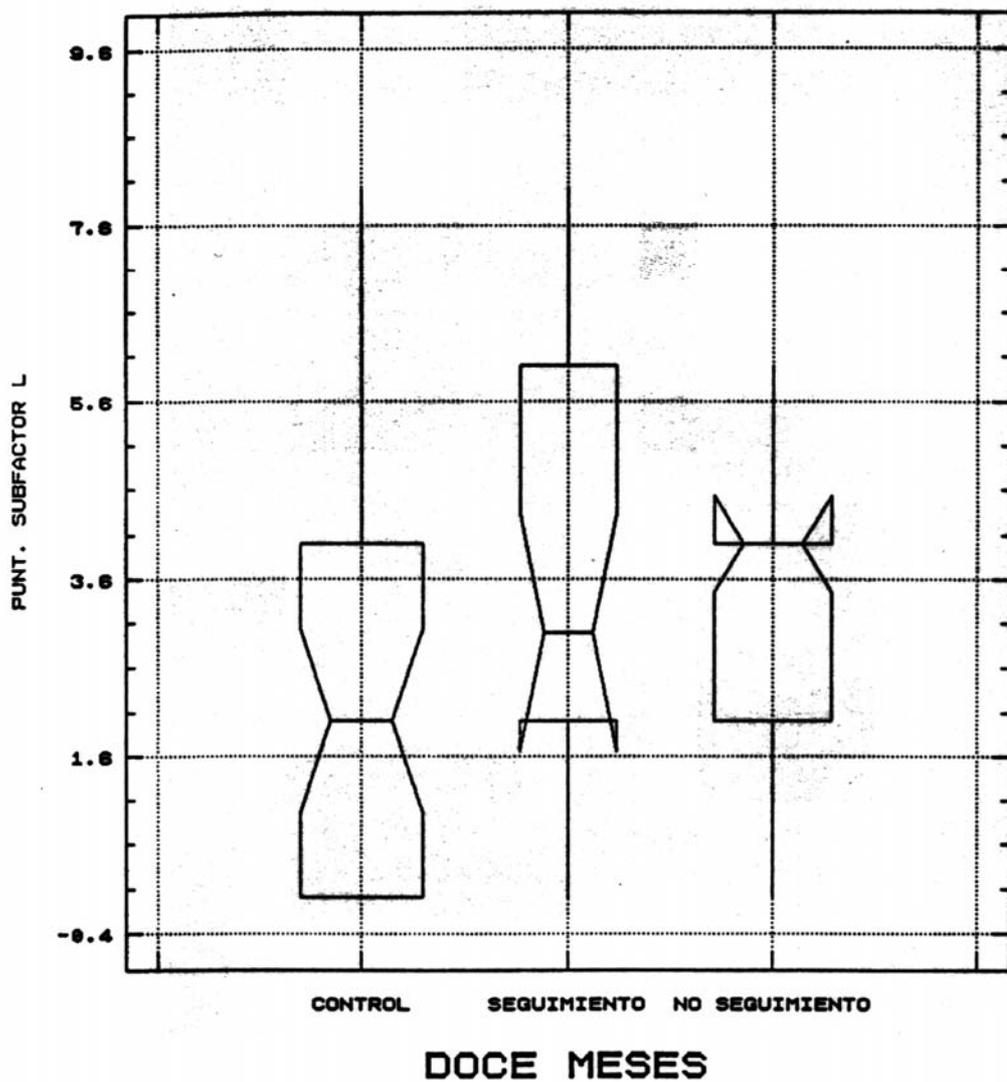


FIG 52. ANALISIS COMPARATIVO DEL SUBFACTOR L A LOS DOCE MESES

3.2.2.7- SUBFACTOR O:

Los IC al 95% de las puntuaciones del Subfactor O para cada grupo de estudio, en los diferentes momentos, se encuentran en la tabla 32.

TABLA 32. INTERVALOS DE CONFIANZA AL 95% DE LAS PUNTUACIONES DE LA ESCALA DEL SUBFACTOR O

O	NACIMIENTO	6 MESES	12 MESES
CONTROL	9.0 - 11.6	8.2 - 10.2	8.6 - 10.8
SEGUIMIENTO	11.8 - 15.5	10.2 - 14.1	8.4 - 12.0
NO SEGUIMIENTO			10.6 - 13.3

En el grupo control no aparecen modificaciones en la puntuación con el avance del tiempo (Fig. 53).

En el estudio del grupo de seguimiento se aprecian diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$) (Fig. 54), por la menor puntuación obtenida a los 12 meses que al nacimiento.

Al comparar el grupo control con el de seguimiento, existe una menor puntuación del grupo control al nacimiento ($Z = -2.72$; $p < 0.01$) (Fig. 55), que se mantiene a los 6 meses ($Z = -2.34$; $p = 0.01$) (Fig. 56).

Al año los tres grupos puntúan de forma similar (Fig. 57).

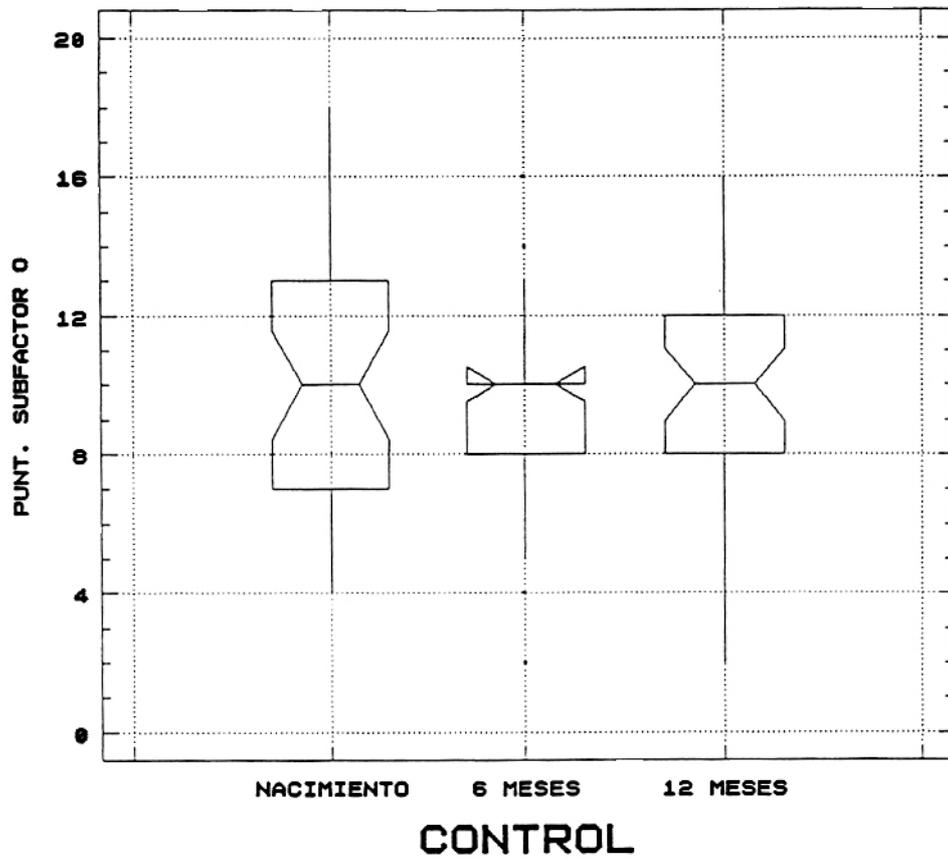


FIG 53. EVOLUCION DEL SUBFACTOR 0 EL EL GRUPO CONTROL

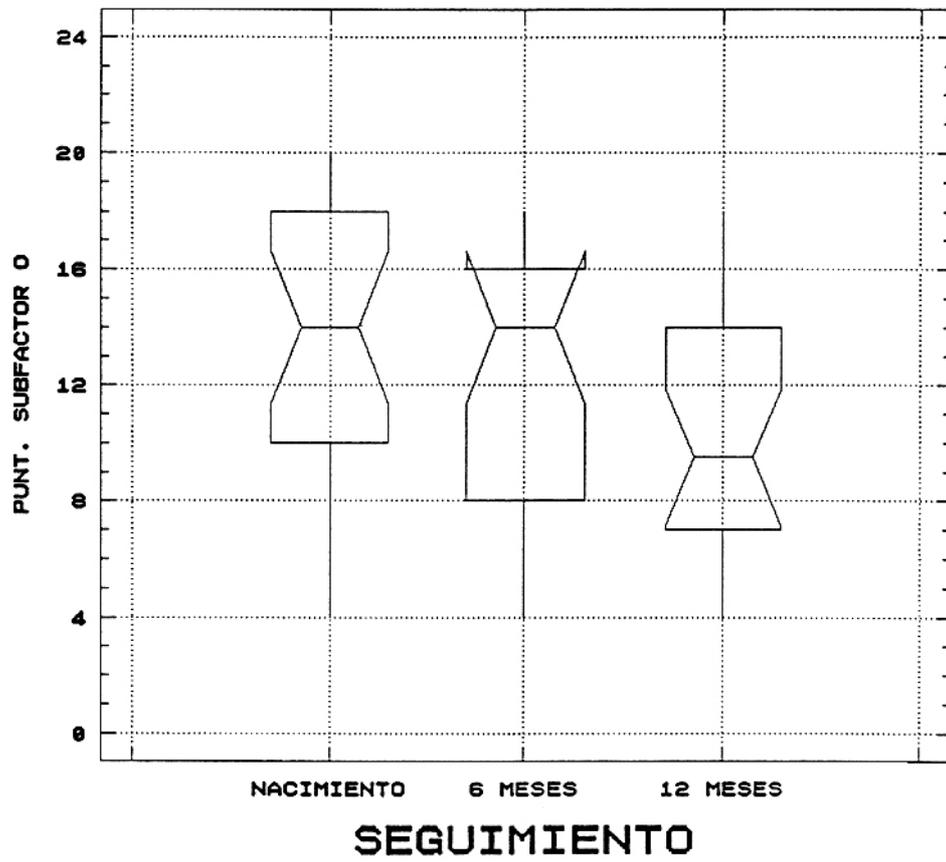


FIG 54. EVOLUCION DEL SUBFACTOR O EL EL GRUPO DE SEGUIMIENTO

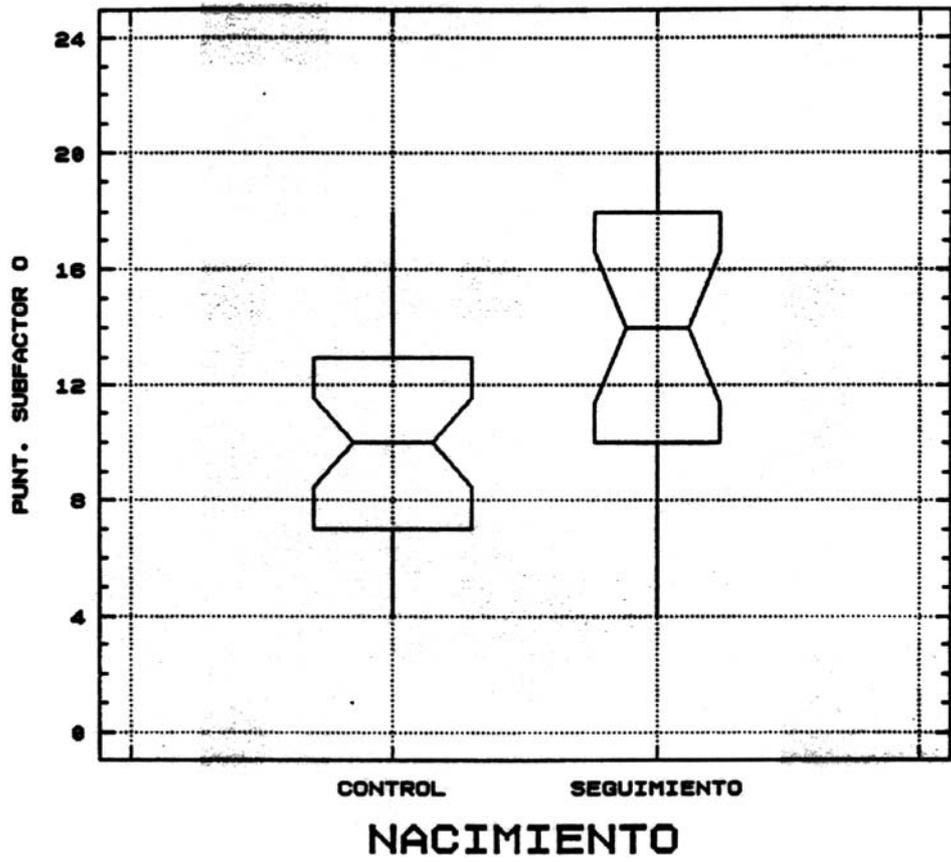


FIG 55. ANALISIS COMPARATIVO DEL SUBFACTOR O EN EL NACIMIENTO

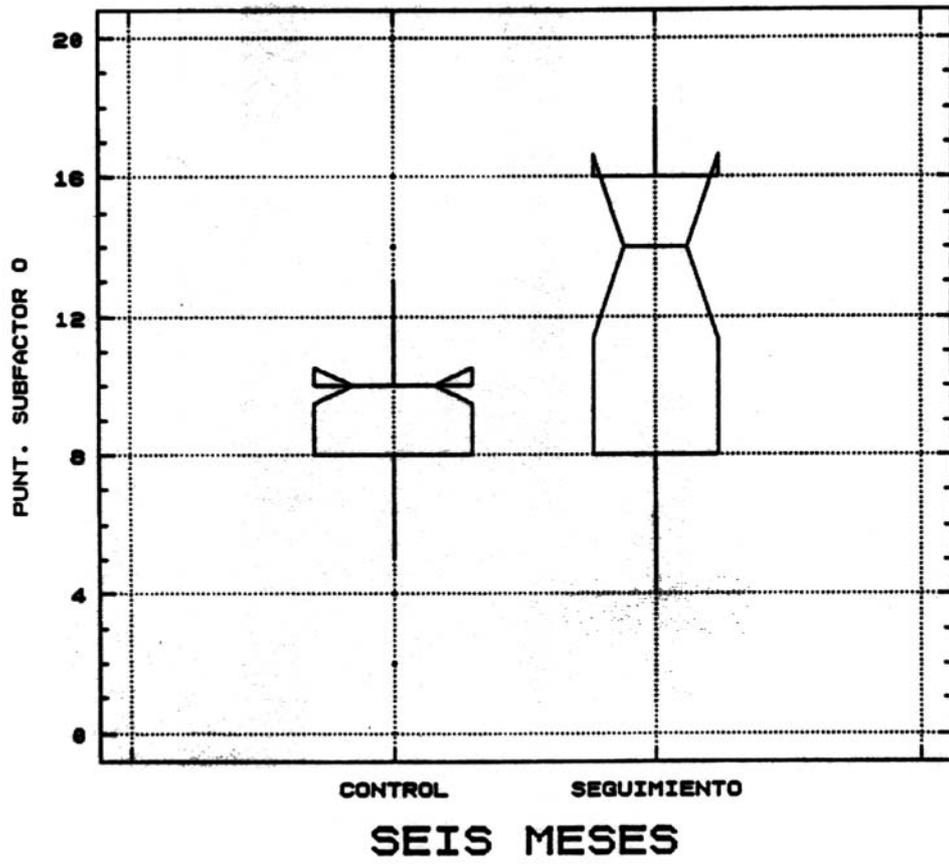


FIG 56 ANALISIS COMPARATIVO DEL SUBFACTOR 0 A LOS SEIS MESES

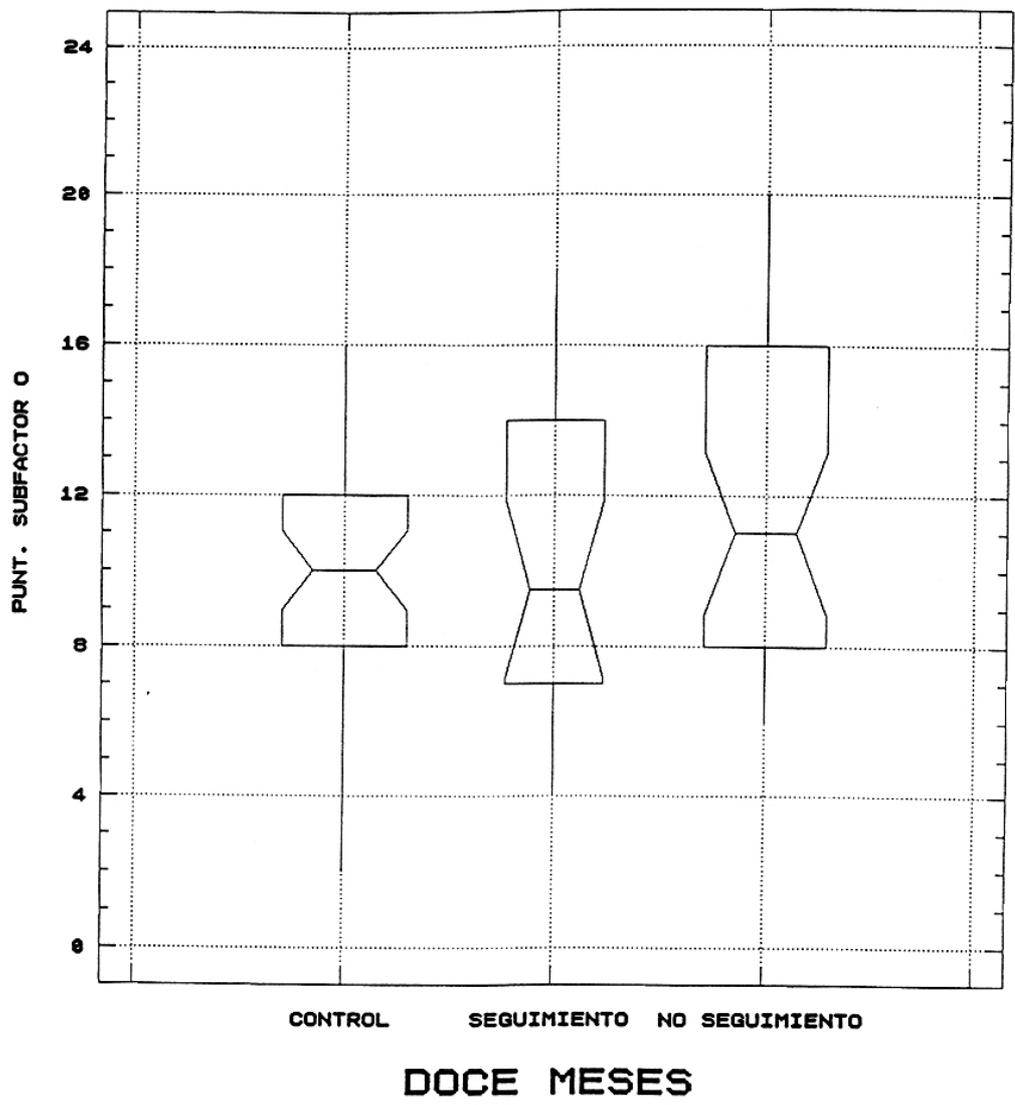


FIG 57 ANALISIS COMPARATIVO DEL SUBFACTOR O A LOS DOCE MESES

3.2.2.8- SUBFACTOR Q4:

Los IC al 95% de las puntuaciones del Subfactor Q-4 para cada grupo de estudio, en los distintos momentos, se encuentra en la tabla 33.

TABLA 33. INTERVALOS DE CONFIANZA AL 95% DE LAS PUNTUACIONES DE LA ESCALA DEL SUBFACTOR Q-4

Q-4	NACIMIENTO	6 MESES	12 MESES
CONTROL	6.6 - 9.8	5.9 - 9.0	5.4 - 8.4
SEGUIMIENTO	9.6 - 14.4	7.7 - 13.3	6.9 - 11.6
NO SEGUIMIENTO			7.9 - 11.0

En el grupo control, esta variable no se modifica con el paso del tiempo (Fig. 58).

En el grupo de seguimiento tampoco se producen cambios temporales (Fig. 59).

El grupo control puntúa al nacimiento menos que el grupo de seguimiento, ($Z=2.43$; $p=0.01$) (Fig. 60), desapareciendo esta diferencia a los 6 meses (Fig. 61).

En el análisis comparativo a los 12 meses de los tres grupos, no se observan diferencias en las puntuaciones (Fig. 62).

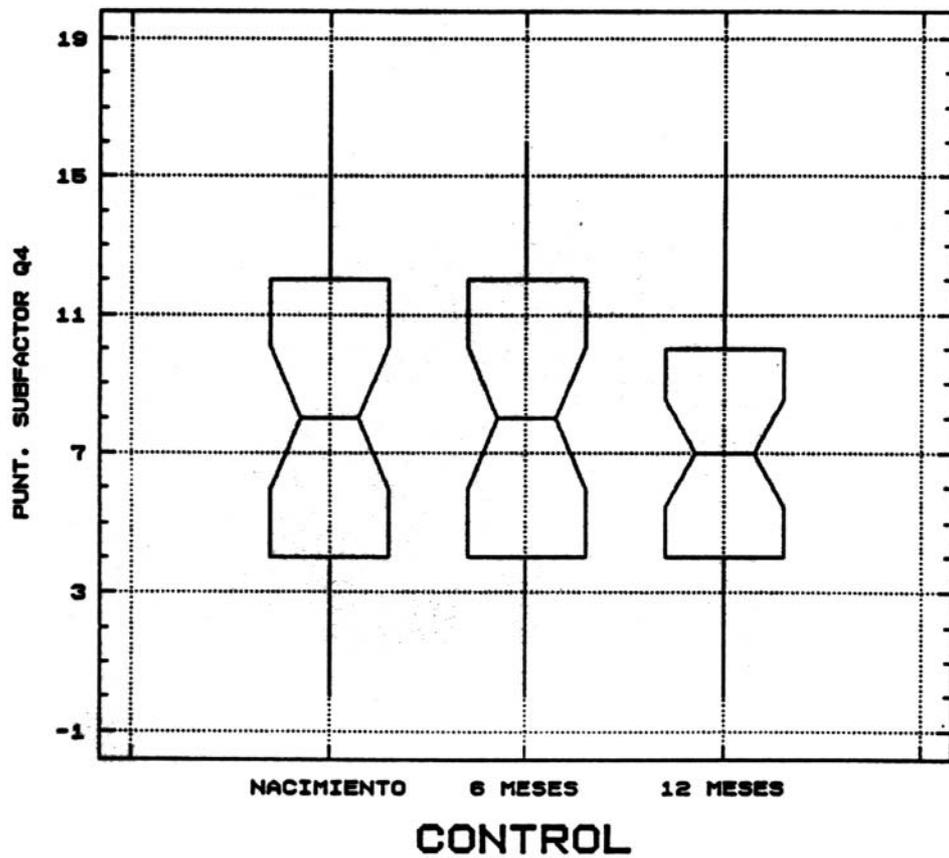


FIG 58. EVOLUCION DEL SUBFACTOR Q4 EN EL GRUPO CONTROL

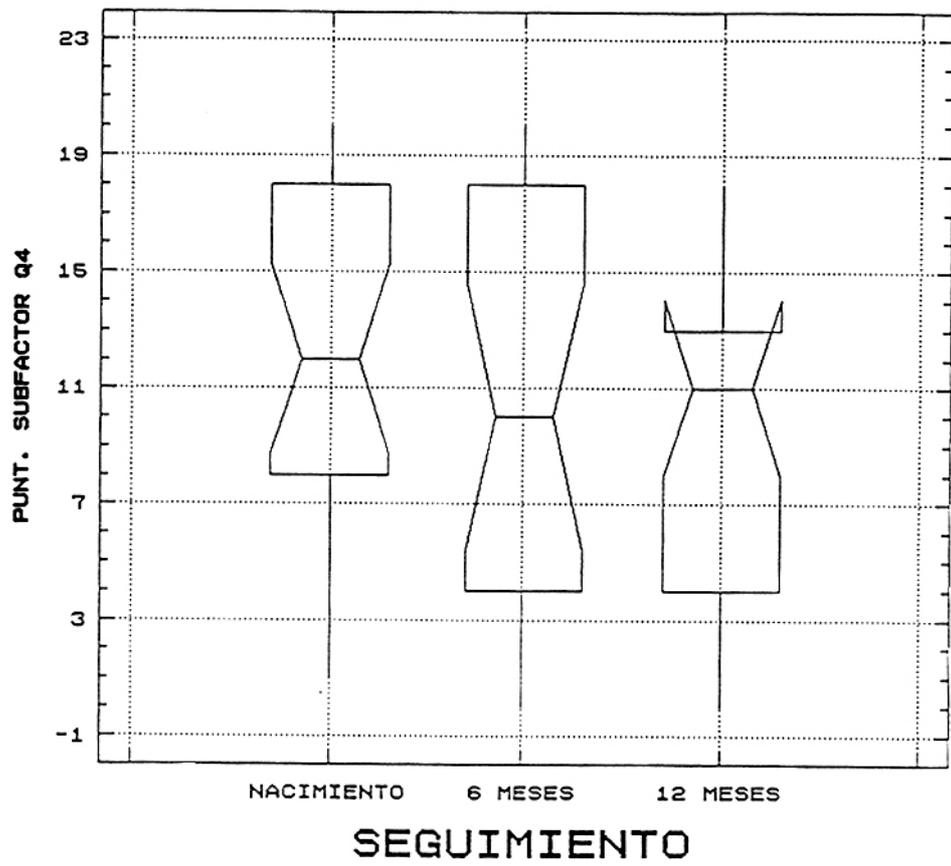


FIG 59 EVOLUCION DEL SUBFACTOR Q4 EN EL GRUPO DE SEGUIMIENTO

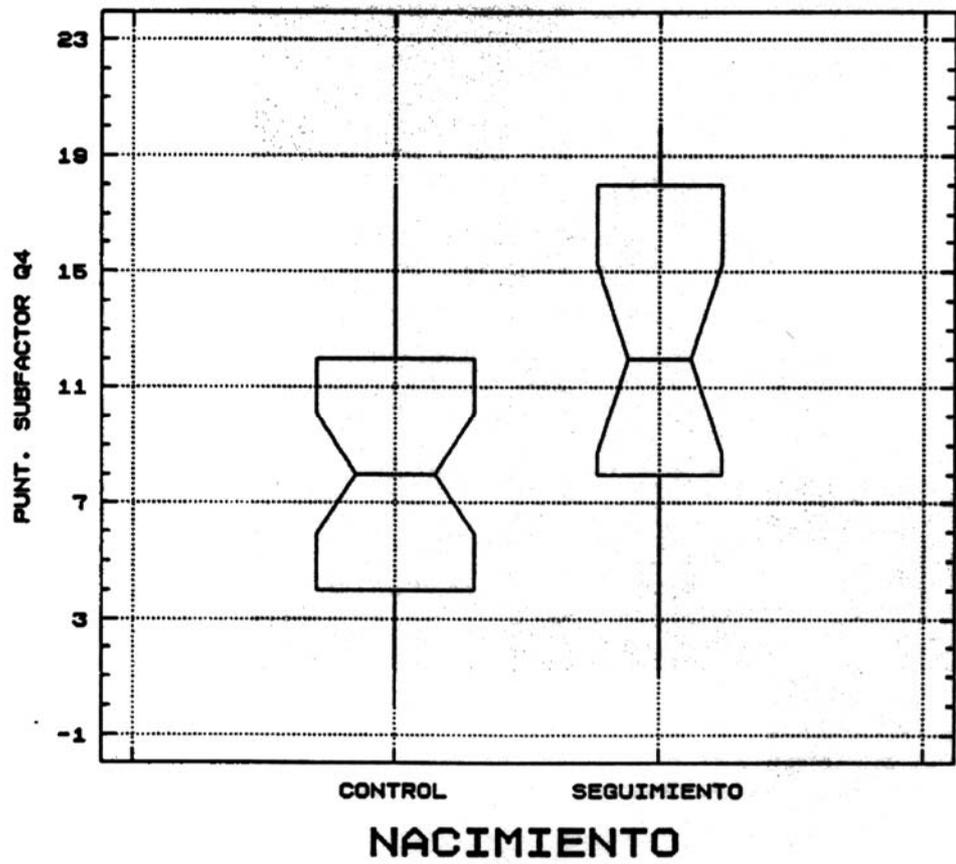


FIG 60. ANALISIS COMPARATIVO DEL SUBFACTOR Q4 EN EL NACIMIENTO

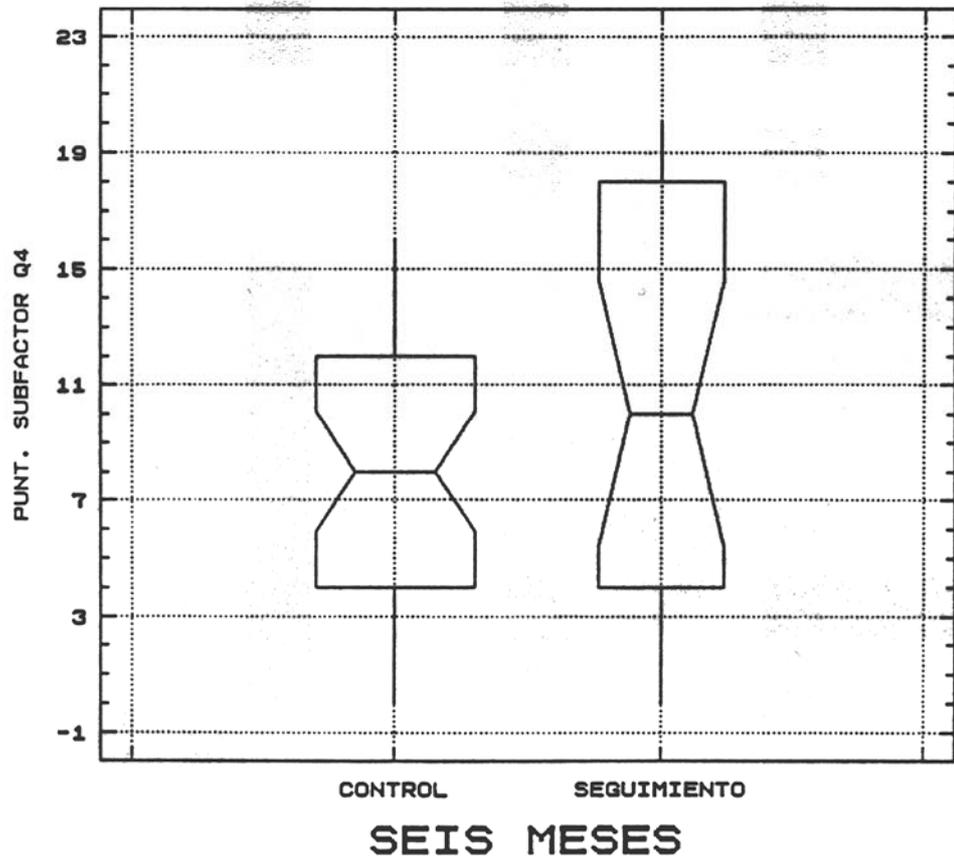


FIG 61. ANALISIS COMPARATIVO DEL SUBFACTOR Q4 A LOS SEIS MESES

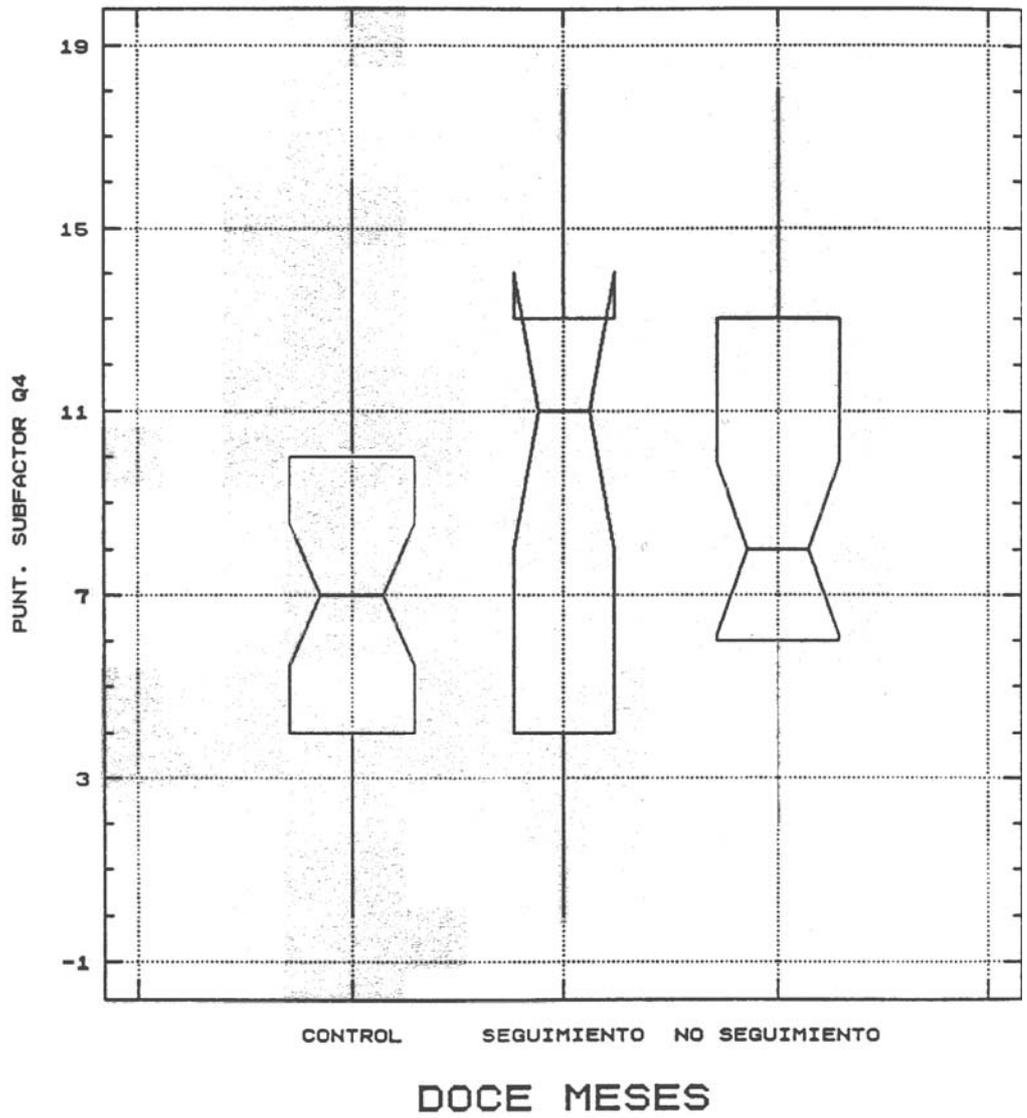


FIG 62. ANALISIS COMPARATIVO DEL SUBFACTOR Q4 A LOS DOCE MESES

DISCUSSION

V.1.- COMENTARIOS A LA METODOLOGIA

1.1.- MUESTRA

Dado que la muestra ha sido recogida en La Ciudad Sanitaria La Fé y en el Hospital Lluís Alcañyís de Xativa, sabemos que en su mayoría está compuesta por mujeres de nivel sociocultural medio y medio-bajo, por lo que las conclusiones obtenidas, probablemente sólo serían totalmente válidas para estos grupos sociales.

En el grupo control se recogieron 45 mujeres, lo que se consideró suficiente ya que superaba al grupo de seguimiento.

La recogida de la muestra se hizo de forma secuencial, es decir que se ofertaba participar en el estudio a todas aquellas mujeres que eran dadas de alta el día que la investigadora pasaba visita médica, lo que ocurría cada 6 días, por lo que la subjetividad en la elección de las mujeres está prácticamente ausente por la periodicidad de la toma.

En el grupo de seguimiento se recogieron todas aquellas mujeres en que el investigador conocía la pérdida fetal durante su ingreso hospitalario, siendo conscientes que bien por no ser avisados o por serlo demasiado tarde hemos tenido una pérdida de muestra, fundamentalmente aquellos casos con pérdida postnatal.

Además hay que decir que el hecho de haber dos mujeres en este grupo que quedaron esteriles, sin tener hijos vivos previamente, ha podido aumentar los índices de ansiedad y depresión en este grupo.

El grupo de no seguimiento está constituido por mujeres voluntarias, es decir, aquellas que acudieron a una cita por carta y que son el 45% de las citadas. Esto puede generar un sesgo de respuesta al no poder

precisar las motivaciones por las que unas no acudían, así como tampoco las motivaciones por las que otras sí lo hacían, en términos generales podemos decir que acuden las más afectadas psicológicamente pero en nuestro caso no es válida esta afirmación (Monleón,199) (Dominguez,202).

Diferentes factores psico-sociales-personales que influyen sobre la aparición de ansiedad y depresión (relación conyugal, soporte social, etc.), se encuentran distribuidos homogéneamente en todos los grupos por la forma de recogida de la muestra. Por lo que las diferencias encontradas se deberan a las características del grupo, sin que los factores psico-socio-personales actuen como variables de confusión.

1.2.-MATERIAL

Para el estudio de la ansiedad y depresión, la mayoría de autores, (Kennell,6) (Benfiel,113) (La Roche,147) (Parkes,7) (Graham,133), han utilizado escalas cuantitativas como la de Benfiel, Parkes, Parkes-Lindeman, etc. que sólo han sido administradas a sujetos que han sufrido la pérdida de un ser querido, no habiéndose utilizado para el estudio de la población general y por tanto careciendo de un auténtico grupo control.

Hemos utilizado para nuestro trabajo los test: Inventario de depresión de Beck(190), escala de depresión de MMPI(198), el STAI de Spielberger(183) y el cuestionario de ansiedad de Cattell(184), todos ellos validados y que han sido ampliamente administrados a la población general para el diagnóstico de depresión ó ansiedad. Estos han sido elegidos por ser los de mayor difusión.

El Cuestionario de Beck ha sido usado para evaluar la intensidad de la depresión en casi 500 estudios clínicos publicados(Beck,186), y ha sido evaluado psicométricamente dentro de una amplia variedad de poblaciones psiquiátricas y normales (Beck y Beamesderfer,185) (Mayer,203).

La Escala de depresión de MMPI se utiliza tanto con fines diagnósticos como confirmatorios del propio diagnóstico psiquiátrico y como medida de evolución clínica(García-Merita y cols.,194).

Hemos de señalar que las puntuaciones obtenidas con el Beck(190) han sido siempre inferiores a las obtenidas con en MMPI(198), con lo cual corroboramos la observación de La Roche(147) que también refiere que el BDI puntúa más bajo que otra escala utilizada por él, la TMS (es la escala de Benfiel a la que le añade dos nuevas preguntas).

Con el STAI de Spielberger(183) es importante tener en cuenta que su validez está basada en que el sujeto evaluado entienda claramente las instrucciones de diferencia entre el "estado" y el "rasgo".

También es importante tener en cuenta que si se han omitido uno o dos elementos se puede prorratear la puntuación final, pero cuando el número de elementos omitidos es tres o más, es conveniente poner en duda la validez de la aplicación.

El Cuestionario de ansiedad de Cattell(184) está destinado, no solamente al diagnóstico inicial, sino también para suministrar un gráfico de progreso o seguimiento del diagnóstico, porque se puede administrar una semana después, o más, sin que el sujeto se acuerde de un número apreciable de sus anteriores respuestas.

1.3.- PROCEDIMIENTO

Hemos seguido el plan de intervención de Lake y cols.(10), en el grupo de seguimiento, por parecernos que es el más claro y completo. Además lo refiere de forma concreta, tanto en las pautas de intervención como en el periodo en que las realiza.

En nuestro estudio, la valoración se ha realizado a lo largo de un año, siguiendo el programa referido, y administrando los test siempre en el mismo orden. Se eligió éste como pudo ser otro, al no haber encontrado referencias que evidencien que el orden modifique la respuesta de la encuesta.

En cuanto al periodo en que se realizó la valoración psicométrica, se eligió aquel que coincidía con las diferentes fases del duelo (incredulidad, nostalgia y búsqueda, desorganización y reorganización).

La valoración del grupo control se hizo en los mismos periodos que en el grupo de seguimiento no sólo con la finalidad de poder realizar un estudio comparativo entre ellos, sino también porque la depresión puerperal no sólo puede aparecer en el cuarto o quinto día del nacimiento, sino que su comienzo puede ser tardío, incluso 6 meses después del parto.

V.2.- PARAMETROS SOCIO-ECONOMICOS:

Nos hemos encontrado frente a un grupo de pacientes en las que las características socio-económicas (edad, estado civil, lugar de residencia y trabajo) se han mantenido homogéneas.

2.1- EDAD:

En todos los grupos, gran parte de las gestantes estaban comprendidas entre 24 y 33 años, es decir en edades de plena fertilidad. Así la edad media del grupo control era de 28 años, en el grupo de seguimiento de 30 y en el grupo de no seguimiento de 28 años.

Butler(25) observó que las muertes fetales eran más frecuentes en mujeres de menos de 20 años ó de más de 34 años.

Otro estudio realizado por la Metropolitan Life Insurance(204), demuestra que la tasa de mortalidad tiene un punto bajo entre los 20 y 24 años, siendo mayor en mujeres de menos de 20 años y en las mayores de 24 años.

Posteriormente, Rydhstrom(23) en un estudio realizado en gestaciones gemelares refiere que la edad materna no está relacionada con la pérdida perinatal aunque él no refiere la edad de las mujeres estudiadas.

No hemos observado diferencias del óbito fetal con la edad materna, probablemente porque nuestra población estaba comprendida mayoritariamente por mujeres entre 24 y 33 años, rango que quedaba claramente fuera de los trabajos citados.

2.2.- ESTADO CIVIL:

Tanto Haas-Posthuma(205) como Rumeau-Rouquette y cols.(26), observan que la muerte fetal es más frecuente en madres solteras que en casadas.

Además Petitti y cols.(22) consideran el estado civil como un factor de riesgo, teniendo las madres solteras tasas más elevadas de mortalidad perinatal que las casadas, y que dicha asociación no se debe a diferencias de raza ó edad.

En nuestra muestra que hay un predominio de mujeres casadas (94.6%) en todos los grupos, encontrando sólo una separada en el grupo de seguimiento y cuatro solteras en total (dos de ellas con hijo vivo, una con feto muerto en el grupo de seguimiento y otra con feto muerto en el grupo de no seguimiento).

Pensamos que esto puede ser debido a que en nuestra sociedad es poco frecuente la existencia de madres solteras comparada con otras sociedades como la americana, y además, que todavía pesa la cultura del casorio ante un embarazo en madre soltera.

No obstante el número de madres solteras por nosotros estudiado es suficientemente pequeño como para admitir que nuestros resultados al respecto carecen de consistencia pudiendo ser modificados en cualquier sentido.

2.3.- LUGAR DE RESIDENCIA:

No hemos encontrado en la literatura ningún estudio específico acerca de la influencia de la residencia materna en medio rural o urbano sobre la muerte fetal.

Sin embargo, Querec y cols.(206) realizan un estudio detallado en el que relacionan diferentes factores maternos con un bajo peso al nacer, el cual a su vez es uno de los factores de mortalidad perinatal, aunque bién sabemos que no el único, y encuentra que las madres que residen en poblaciones con más de 10.000 habitantes, tienen con mayor frecuencia hijos de bajo peso.

En nuestros resultados no se han encontrado diferencias de muerte perinatal respecto al lugar urbano o rural de residencia, ya que en la muestra recogida el 50% pertenecía al medio rural y el otro 50% al medio urbano, considerando como urbano poblaciones con más de 10.000 habitantes.

2.4.- TRABAJO DE LA MADRE:

Petitti y cols.(22), consideran el trabajo y gasto de energía como un factor de riesgo de muerte fetal. Sin embargo, no diferencia entre si la mujer trabaja fuera o dentro de casa (ama de casa), ni que tipo de actividad realiza.

Hemos encontrado que aproximadamente la mitad de las mujeres, de cada grupo, trabajaban fuera del hogar, frente a la otra mitad que eran amas de casa.

De estos resultados se deduce que el trabajar o no fuera del hogar no parece ser un factor de riesgo para la muerte fetal; sin embargo, somos conscientes que existen otras circunstancias que pueden influir en la valoración del gasto de energía, como puede ser el número de hijos que atender en la familia, la existencia o no de ayuda para la tarea doméstica, etc. que no han sido valorados.

Otro factor con el que diferentes autores han relacionado la muerte fetal ha sido la RAZA de la madre, coincidiendo todos ellos en que es menos frecuente en mujeres de raza blanca que en otras razas (Williams,21) (Loughin,60) (Petitti y cols.,22).

Posteriormente Lyon y cols.(207) en 1994 observan que no existen diferencias entre las mujeres asiáticas y las de raza blanca, pero que sí existe un incremento significativo de muertes perinatales en mujeres indias y negras con respecto a las anteriores, aunque la causa es incierta.

Nosotros no podemos hacer ninguna aportación a este parametro, ya que nuestra población estaba compuesta por mujeres blancas en todos los grupos, excepto una mujer de raza negra en el grupo de no seguimiento.

No obstante, todos los factores analizados en este apartado pueden ser motivo, junto con otros, de estudios demográficos y socioeconómicos posteriores más exhaustivos, a la vez que realizar análisis multivariánte entre ellos, ya que parecer ser que existen interrelaciones complejas en prácticamente todos los factores de riesgo, tal como dicen Petitti y cols.(22).

Además pensamos que esta complejidad debe tenerse en cuenta al planear intervenciones, con el objeto de disminuir la mortalidad perinatal.

V.3.- PARAMETROS OBSTETRICOS:

3.1.- GESTACIONES Y PARIDADES PREVIAS.

Hemos tenido en cuenta estas variables dentro de los parametros obstétricos, tanto en el grupo de control como en el de seguimiento y en el de no seguimiento, no sólo por su interes obstétrico, sino también con la finalidad de ver si todos ellos eran homogéneos y poder afirmar que las diferencias que pudieran aparecer en la evaluación psicométrica no eran debidas a estar trabajando con grupos diferentes respecto a estos parámetros.

Esto se ha tenido en cuenta dado que en la literatura hay autores como Forrest y cols.(8) y Kirkley-Best y cols.(208) que refieren que el hecho de que la mujer tenga o no otro hijo en casa no influye en el proceso del duelo. Sin embargo, La Roche y cols.(107), observan que las mujeres con otro hijo en casa

puntúan más alto en el inventario de Beck, lo que atribuye a que su facilidad para resolver su proceso de duelo queda interferida por la demanda de atenciones de otros hijos.

No obstante en ninguno de los trabajos revisados se ha tenido en cuenta, en la recogida de muestra, que la mujer tuviera o no otro hijo en casa, excepto en el trabajo de Benfiel y cols.(113) que sólo lo realizan en primíparas; si no que este factor se ha valorado posteriormente, al igual que hemos hecho nosotros.

Por otra parte, aunque no hemos valorado el hecho de que la mujer deseara o no esa gestación, diferentes autores como Graham y cols.(133), refieren que esta variable no influye en los procesos psicológicos de duelo.

En nuestra muestra, el 49% eran primigestas, mientras que el 51% eran multigestas; no encontrándose diferencias entre los tres grupos, de lo que se deduce que en nuestro medio, el hecho de que fuera o no la primera gestación para la mujer, no parece influir en la pérdida perinatal.

Cuando la valoración se centra en la paridad, se observa que aproximadamente la mitad de toda la muestra estaba formada por mujeres nulíparas, (46% en el grupo control, 56.5% en el grupo de seguimiento y 61.8% en el de no seguimiento), seguida de primíparas, (37.8%, 39.1% y 29.4% respectivamente) y finalmente, y con porcentajes mucho más bajos, de multíparas (16.1%, 4.3% y 8.8% respectivamente). Es decir, que nuestra muestra estaba formada en gran parte por mujeres que o bien no tenían hijos en casa o sólo tenían uno.

Estos resultados coinciden con los de Butler(25) y Hass-Poshuma(205) y Rumeau-Roquette y cols.(26), los cuales refieren que la paridad presenta una relación bimodal con la frecuencia de muertes perinatales, siendo más frecuente en la primera y a partir de la cuarta gestación.

Posteriormente, en 1990 Rydhstrom(23) refiere que el riesgo de muerte perinatal está significativamente elevado cuando es la primera paridad, y Lompo(27) observa en un estudio retrospectivo de 741 mujeres que una paridad superior a 4 implica también un factor de riesgo.

Pensamos que el hecho de encontrar en éste estudio porcentajes más altos de pérdida perinatal en primíparas y no en grandes multíparas, puede ser debido a la circunstancia de que los trabajos mencionados datan de una época en la cual el índice de natalidad era muy superior al actual; así en nuestra muestra sólo se encontraban dos grandes multíparas, (considerando como tal a mujeres con cuatro o más paridades), que pertenecían al grupo de seguimiento.

3.2.- EVOLUCION DE LA GESTACION Y PATOLOGIA MATERNA ASOCIADA:

Es universalmente aceptado que el control antenatal se asocia a una disminución en la morbimortalidad materna y fetal(Carrera,59) (WHO,35).

Con la educación ha aumentado generalmente la conciencia sobre la necesidad de control médico gestacional y el control precoz de la misma, lo que en la mayoría de los casos ha permitido una mejor evolución de la misma, así como el diagnóstico y tratamiento más precoz de las complicaciones.

En el estudio se ha diferenciado cuando una mujer tenía una enfermedad previa a la gestación, lo que se consideró como patología asociada, o cuando durante la gestación aparece patología, bien materna o fetal, lo que hemos considerado como gestación con curso patológico.

Esto nos lleva a poder ver que la mortalidad perinatal se asocia con la presencia de enfermedades maternas, observando que en nuestro medio estas son la hipertensión (8.8%), la patología renal (5.2%), la diabetes (3.4%) y la patología pélvica (8.8%).

Para Liban y Salzberger(50) el 70% de muertes perinatales son de causa materna, sobre todo por la hipertensión, la diabetes y la incompatibilidad Rh. Nosotros coincidimos con este autor en cuanto a la hipertensión y la diabetes, no así en la incompatibilidad Rh. Debido a la mayor y mejor atención obstétrica así como a la aparición de la gammaglobulina Anti-D, lo que ha hecho prácticamente desaparecer esta complicación.

Así Fabre y cols.(45) encuentran que la enfermedad hemolítica por isoinmunización supone sólo el 0.9% de todas las muertes perinatales.

Hemos observado que el 47.8% del grupo de seguimiento y el 32.3% del grupo de no seguimiento presentaba enfermedad materna asociada, lo que supone el 38.6% de la muestra.

Estos resultados son algo superiores a los de Lauslahn y cols.(49), que considera que el 27% de muertes perinatales son de causa materna, aunque son muy inferiores a los dichos anteriormente de Liban y Salzberger(50).

También hemos visto que las patologías más frecuentes han aparecido en porcentajes similares en ambos grupos, excepto la hipertensión que ha sido más

frecuente en el grupo de no seguimiento 11.8% ,frente al 4.3% en el de seguimiento.

Además observamos que todas las enfermas con hipertensión desarrollaron una gestosis leve o grave, excepto una del grupo de seguimiento.

De las enfermas con hipertensión que desarrollaron gestosis, hubo una enferma nulípara del grupo de seguimiento que obligó a terminar la gestación mediante cesárea a las 35 semanas, practicándosele además ligadura tubárica y teniendo que entrar en el programa de diálisis renal.

Cabe destacar que otra enferma nulípara del mismo grupo afecta de mioma uterino, se le practicó una cesarea a las 36 semanas por metrorragia del tercer trimestre, y posteriormente una histerectomía por metrorragia en el puerperio inmediato.

Así pues, dos de nuestras enfermas del grupo de seguimiento quedaron estériles sin haber conseguido ningún hijo vivo lo que podría ser causa para aumentar sus índices de ansiedad y depresión.

Aunque no hubo diferencias significativas respecto al número de controles llevados durante el embarazo, es un hecho puesto de manifiesto con frecuencia, la tendencia observada a acudir tardíamente a la primera visita, lo que quizá hace que en algunos casos el seguimiento de las gestaciones no sea todo lo adecuado que debiera.

Cuando valoramos el curso de la gestación encontramos patología en el 39% del grupo de seguimiento, frente al 41.2% en el de no seguimiento.

La variable más frecuente, dentro de las de curso patológico, es la sospecha de retardo de crecimiento intrauterino, que supone el 12.3% de la muestra (8.7% en el grupo de seguimiento y 14.7% en el de no seguimiento).

Este resultado coincide con el que refiere Hodberg(28) de que los retardos de crecimiento intrauterinos es la patología que se asocia con mayor frecuencia a la muerte perinatal.

Cuando posteriormente tras el nacimiento, comparamos estos resultados con los pesos de los recién nacidos, encontramos que el 22% eran pequeños para la edad gestacional, perteneciendo el 24% al grupo de seguimiento y el 20.6% al de no seguimiento.

Como vemos, encontramos más recién nacidos de bajo peso que sospechas de retardo de crecimiento teníamos durante la gestación, en ambos grupos.

Esto pone de manifiesto una vez más la gran dificultad que existe para predecir el peso fetal intrauterino.

Este resultado es superior al que encuentran Fabre y cols.(45) del 10.2%, el cual también indica que la tasa de mortalidad relacionada con el peso va disminuyendo sobre todo en los nacidos con peso entre 1.000 y 1.499 g seguida de los de peso entre 1.499 y 1.999; siendo la pendiente del descenso tanto mayor cuanto menor es el peso al nacer.

Hemos de tener en cuenta, que según refiere Kiely(41) existen variables sociales y demográficas que a menudo interaccionan con el peso al nacimiento y sus efectos en la muerte perinatal, pero estas interacciones no han sido analizadas en la mayoría de los estudios.

Otra patología que nos aparece es la diabetes la cual afecta en un porcentaje doble al grupo de seguimiento que al de no seguimiento.

Los hallazgos de diabetes en el 3.5% no son superiores a los que presenta la población gestante, según diferentes autores. Así Mallet(209) encuentra una tasa de diabetes gestacional en Europa del 2-3%;

Díez(210) en un estudio realizado en Madrid encuentra el 4% de diabetes gestacional. Sin embargo Montañana(211) encuentra el 12% en Valencia, siendo esta tasa muy superior a la nuestra, lo que nos llevaría a pensar que probablemente el índice de mortalidad perinatal no sea superior en las gestantes diabeticas, en nuestra población.

Cuando analizamos la rotura prematura de membranas, vemos que ésta también es más frecuente en el grupo de seguimiento (4.3%), que en el de no seguimiento (2.9%), lo que supone el 3.6% de la muestra, resultado muy inferior al que obtiene Naeye(55) de 10.1%.

Cabe destacar la existencia de dos casos de placenta de inserción baja en el grupo de seguimiento, mientras que no hubo ninguna en el otro grupo, al igual el que tampoco se encontrase ningún caso de cesarea anterior en ninguno de los grupos.

3.3.- EDAD GESTACIONAL Y MOMENTO EN QUE SE PRODUCE LA MUERTE:

Son muchas las publicaciones que destacan la elevada proporción de prematuros entre los partos con feto muerto.

Sin embargo Fabre y cols.(45) en su estudio de 1993 observan que la tasa de mortalidad perinatal tiene una tendencia a disminuir en todos los grupos básicos con respecto a la edad gestacional, excepto los nacidos entre la 32 y 36 semanas de gestación.

Hemos agrupado a nuestras enfermas en pretérmino (28-36 semanas), término (37-42 semanas) y postérmino (más de 42 semanas).

En el grupo de seguimiento el 60.9% eran pretérmino y el 39.1% a término.

Similares resultados tenemos en el grupo de no seguimiento con el 55.9% y 44.1% respectivamente.

En ningún caso hemos tenido muertes fetales postérmino.

Este resultado no coincide con Lim y Cols.(33) ya que encuentran un aumento de la muerte perinatal a partir de la 39 semanas de gestación.

Además, nos pareció interesante estudiar si la muerte fetal se había producido anteparto, intraparto o postparto; no sólo desde el punto de vista obstétrico si no también por si ello tenía alguna relación con la forma de resolución del proceso de duelo.

Son también Fabre y cols.(45) quienes relacionan la muerte fetal anteparto, intraparto o postparto con la hipoxia intrauterina y la asfixia al nacer, encontrando el 76.6% de muertes anteparto, el 21.2% intraparto y el 2.2% postparto.

Nuestros datos aunque no se refieren sólo a la muerte fetal por asfixia, si no a todas las muertes perinatales estudiadas, independientemente de la causa de muerte, encontramos un predominio de la muerte fetal anteparto (64.4%), seguida de la postparto (20.4%) y finalmente de la intraparto (15.3%).

Hemos de señalar que es en el grupo de seguimiento donde se produce mayor incidencia de la muerte fetal postparto, mientras que en el grupo de no seguimiento existen más muertes fetales intraparto.

Al estudiar la evolución en el tiempo de las pruebas psicométricas en el grupo de seguimiento, observamos que no hay diferencias en la evolución de las enfermas con pérdida anteparto, intraparto o postparto.

Esto nos permite afirmar que aunque nuestros grupos no son homogéneos en esta variable, ésta no nos va a influir cuando realicemos el análisis comparativo de

las pruebas psicológicas al año del nacimiento en ambos grupos.

Nuestros resultados coinciden con el trabajo de Peppers y Knapps(114), donde refieren no encontrar diferencias en la resolución del duelo entre mujeres que habían tenido una pérdida anteparto, intraparto, o postparto.

3.4.- INICIO DEL PARTO Y ESTUDIO DE LA HEMOSTASIA:

Aunque en la literatura tanto Tricomi y Kolhl(63), como Pritchard(64) refieren respectivamente que el 90% y el 75% de enfermas inician el parto espontáneamente en las tres semanas después de la muerte fetal, en nuestro estudio la espera fue siempre inferior a dos semanas tras el diagnóstico de muerte fetal. Fue frecuente que si las condiciones locales eran favorables, se indicara la estimulación o inducción en cuanto se diagnosticaba la muerte fetal y esta se comunicaba a la pareja, dándole además el soporte psicológico al grupo de seguimiento.

Que hayamos inducido algunos de estos partos con PGE₂ ### no debe hacer pensar que somos partidarios de la utilización de esta hormona en casos de feto vivo (Monleón y cols.,85) (Monleón y cols.,82) (Miller y cols.,83) (Milliez y cols.,84). Hemos de tener presente que en estos casos siempre se trataba de fetos muertos y que las posibles hiperdinamias (20%) que se obtubieran no repercutirían sobre el feto y darían tiempo a que las corrigieremos.

Esta conducta es debida a que junto con Weiner y cols.(66), pensamos que un largo periodo de espera debe ser menos habitual al aumentar la disponibilidad de agentes que maduran el cuello uterino.

Probablemente debido a esta conducta sólo obtuvimos el 30.4% y el 35.3% de partos espontáneos en el grupo de seguimiento y de no seguimiento respectivamente, mientras que el 43.5% y el 41.2% fueron inducidas y el 26.1% y el 23.5% fueron cesáreas electivas, obteniendo así resultados mucho más bajos de inicio espontáneo que otros autores.

Este índice alto de cesáreas (24% de la muestra) se debe a que gran parte de ellas fueron cesáreas electivas indicadas por DDPNI, placenta previa central, hidrocefalia y mala historia obstétrica (el RN murió postparto).

Por otra parte, aunque hasta hace poco se pensaba que las alteraciones de la hemostasia no se detectaban en laboratorio hasta la 3-4 semanas después de la muerte fetal, y nuestro tiempo de espera no era superior a las dos semanas, realizamos estudio de la hemostasia en todos los casos, valorando especialmente las alteraciones de fibrinógeno, tiempo de trombina y aparición de PDF, basándonos en el estudio realizado por Gilabert y cols.(212). Se obtuvo, de esta forma, patología en el 8.7% de enfermas del grupo de seguimiento y en el 11.7% en el de no seguimiento. Resultados que son comparables a los obtenidos por Graeff y cols.(71), quienes encuentran alteraciones en el 10-15% de los casos. Sin embargo, no los podemos comparar con los de Skjodt(70), que estudiándolo en la 5ª semana los encuentra en el 25% de los casos

3.5.- SITUACION FETAL, TERMINACION DEL PARTO Y SEXO FETAL:

Aunque rara vez un traumatismo externo es causa de muerte fetal, ya que el feto está bien protegido por la pelvis ósea y el líquido amniótico, son muchos los autores, como Loughrin(60), que consideran el parto traumático bien sea por presentación podálica, parto

instrumentado o cualquier otra circunstancia, como causa de muerte fetal.

Fabre y cols.(45), refieren que el 1.7% de todas las muertes perinatales son debidas a traumatismo en el parto, de las cuales en el 21.2% de casos no se identifica la causa de muerte, el 30.3% se produce en los partos en podálica, el 9.1% en las vacuoextracciones, mientras que el 7.6% son imputables al fórceps y el 7.6% a traumatismos maternos.

En este estudio se encuentra un predominio de las presentaciones cefálicas (74.6%), de las cuales el 55.9% parieron de forma espontánea, mientras que el 3.38% parieron mediante parto instrumentado, bien con fórceps o vacuoextracción.

De las presentaciones podálicas (23.7%), el 11.8% lo hicieron mediante ayuda manual y el resto por vía abdominal.

En cuanto al sexo fetal, nuestros resultados coinciden con los de Pettiti(22), ya que el porcentaje de varones duplica el de hembras (67.8% y 32.2% respectivamente de toda la muestra), en ambos grupos lo que nos lleva a afirmar que en nuestra población el hecho de ser un feto varón es también un factor de riesgo en la mortalidad perinatal.

3.6.- PATOLOGIA ENCONTRADA EN LA NECROPSIA:

Cabe destacar que en el grupo de seguimiento, probablemente como consecuencia del apoyo recibido, el número de necropsias realizado fue superior al del grupo de no seguimiento, lo que nos podría haber producido un sesgo en los resultados encontrados de normalidad o patología del feto y anejos en los grupos.

Zhao(138) refiere que la calidad del análisis causal de muerte perinatal está enormemente mejorada si se practica un análisis de necropsia y estudio anatomopatológico de la placenta.

Lauslahn y cols.(49), en un estudio prospectivo de 56 recién nacidos muertos a los que se les practicó anatomía patológica, encontraron que el 15% podían atribuirse a causas fetales y el 42% a causas placentarias.

En nuestro estudio se encuentra que de las necropsias patológicas el 41.7% son de causa fetal y el 58.3% son debidas a patología de anejos fetales.

Así pues coincidimos en encontrar más patología de anejos que patología fetal, aunque no de forma tan llamativa como Lauslahn y cols.

Este predominio de patología placentaria sobre la fetal nos aparece en ambos grupos; así en el grupo de seguimiento encontramos el 37.5% y el 25% respectivamente frente al 46.2% y 34.6% en el grupo de no seguimiento.

Fabre y cols.(45), refieren que el 19.0% de todas las muertes perinatales son debidas a anomalías congénitas fetales, pudiéndose atribuir el 27.7% a anomalías del sistema nervioso, el 16.4% a anomalías del aparato circulatorio, el 11.6% a anomalías cromosómicas, el 6.8% a la hidrocefalia, el 5.5% al Síndrome de Down, el 5.5% a malformaciones renales, el 5.0% a anomalías del diafragma, el 14.9% a la anencefalia y el 15.8% a anomalías congénitas múltiples.

Por otra parte Hall(56), describe las anomalías congénitas más comunes, atribuyendo el 46% a defectos del corazón, el 40% a anomalías genito-urinarias, el 40% a polisindactilia y oligodactilia, el 33% a

onfalocele/gastrosquisis, el 26% a la hidrocefalea, el 20% al labio leporino/paladar hendido, el 20% a la microftalmia, el 13% a la atresia intestinal y el 8% a defectos de la línea media encefálica.

En nuestros resultados sólo coincidimos parcialmente en las patologías encontradas por ambos autores. Así mientras Fabre y cols.(45) obtienen el 5.5% de malformaciones renales y Hall(56) el 40%, nosotros encontramos el 26.7% de lo que supondría la patología fetal.

Respecto a los defectos de la línea media encefálica, nuestros resultados se aproximan a los de Hall ya que obtenemos el 6.7%.

Cuando analizamos la patología mediastínica, obtenemos resultados similares a los de Fabre y cols., encontrando el 6.7%.

Coincidimos con Fabre y cols.(45) en los resultados de la hidrocefalia ya que nosotros tenemos el 6.7% de esta patología y él obtiene el 6.8%; no así con Hall cuyos resultados son del 26%.

Llama la atención que en las anomalías del aparato circulatorio, en que ambos autores encuentran casos aunque con diferentes porcentajes, nosotros no la encontremos en ningún caso de ninguno de los grupos como patología aislada, si bien cabe destacar que dos casos de polimalformados pertenecientes al grupo de no seguimiento presentaban anomalías cardíacas junto con otras malformaciones.

Cuando analizamos las diferentes causas de muerte fetal debidas a los anejos fetales, vemos que el 52.4% son debidas a patología placentaria, mientras que el 47.6% son de patología del cordón.

Entre la patología placentaria destaca el desprendimiento prematuro de placenta que supone el

30.5% de esta patología frente al 10.5% encontrado por Naeye(55).

Cabe destacar la aparición de circulares apretadas de cordón, como causa de muerte fetal que supone el 28.5% de la patología de anejos (22.2% en el grupo de seguimiento y el 33.3% en el de no seguimiento), hallazgo este no valorado por otros autores.

3.7.- REALIZACION DE CARIOTIPO Y ANALITICA COMPLEMENTARIA POSTERIOR:

El cariotipo fue sólo realizado a las parejas en las que en la necropsia fetal apareció una justificación para la solicitud, que era cuando se trataba de un RN malformado y también cuando habían antecedentes familiares de malformación. Con este criterio se realizó en 8 parejas de las 23 seguidas.

Al revisar las historias del grupo de no seguimiento, encontramos que la analítica había sido solicitada en 11 parejas de las 34 que componían el grupo.

Del grupo de seguimiento se encontraron dos cariotipos patológicos y tres en el grupo de no seguimiento, lo que supone el 25% y el 27.3% respectivamente por lo que pensamos que habría que revisar los los criterios para la solicitud.

Así pues vemos que el hecho de introducir este parametro dentro del protocolo del grupo de seguimiento no significó un aumento en la solicitud del mismo, ya que también se practicó en proporciones similares en el grupo de no seguimiento.

Además también pudimos ver que la aparición de patología era similar en ambos grupos.

Cuando analizamos la realización de analítica complementaria, si que encontramos diferencias entre el grupo de seguimiento y el de no seguimiento, ya que esta no fue realizada en el 8.7% y en el 58.9%

respectivamente, situación dada probablemente por el mayor seguimiento en uno de los grupos

De las enfermas a las que se le realizó dicha analítica (curva de glucemia y microbiología), fué normal en el 78.3% del grupo de seguimiento y en el 35.3% del grupo de no seguimiento, mientras que fué patológica en el 13.0% y 8.8% respectivamente.

Así pues encontramos un discreto mayor porcentaje de patología en el grupo de seguimiento que en el de no seguimiento, lo que pensamos que se podría justificar por la mayor solicitud de la prueba en el primer grupo.

V.3.- **PARAMETROS PSICOLOGICOS:**

El estado psicológico de la mujer gestante y puérpera ha sido preocupación y motivo de estudio de diferentes autores.

Kendell y cols.(180), observaron la existencia de una relación entre la melancolía puerperal del postparto inmediato y la aparición de síntomas depresivos más graves y prolongados en el puerperio tardío.

Por otra parte, Kennell(6) hizo un estudio retrospectivo con mujeres no primíparas que habían tenido una pérdida fetal entre 22 semanas de gestación y 12 días de vida del RN Aplicó la escala de Parkes-Lindeman y observó que estos padres con pérdida perinatal experimentan un proceso de duelo similar al que Parkes(7) describe que se produce con la muerte de un familiar cercano.

Desde entonces no solo ha sido admitido este hecho, si no que Ewton(105) refiere que la pérdida perinatal puede crear una respuesta de pena más severa y quizá más intensa que la que se produce con la muerte de un familiar adulto.

Hemos de señalar, que en gran parte de los trabajos la evaluación de este proceso o bien se ha realizado en una sola administración de los test (Kennell y cols.,6) (Benfield y cols.,113) (Rowe y cols.,106) (Graham y cols.,133) , o en los casos en que se ha hecho un seguimiento, el periodo de tiempo habitualmente, no ha sido superior a los 3-6 meses (La Roche y cols.,147) (Lake y cols.,9), lo que parece un tiempo insuficiente para la resolución completa del proceso de duelo que es considerada de alrededor de un año (Lake y cols.,10).

Además, muchos de los autores no han basado sus estudios en determinar las tasas de ansiedad y depresión durante el proceso de duelo perinatal, sino la influencia de distintos factores en dicho proceso, tales como por ejemplo:

- Deseo de la gestación (Graham y cols.,133)
- Edad gestacional (Peppers y Knapp,109) (Kellner y cols.,111) (Theut y cols.,213)
- Momento de la muerte (Benfiel y cols.,113) (Lovell y cols.,13) (Parkes,7) (Englemann,214)
- Malformaciones en el recién nacido (Cullberg,12) (Lovell,13) (Stack,215)
- Nacimientos múltiples (Rowe y cols.,106) (Wilson y cols.,116) (Lewis y cols.,115)
- Reacción de los profesionales (Rowe y cols.,106) (Lovell,13) (Condon,14) (Brown,120)
- Ver y tocar al recién nacido (Stierman,102) (Graham,133) (Rouseau y Fierens,108)
- Darle nombre y entierro al recién nacido (Bourne y Lewis,134) (Kellner y cols.,111)
- Conservar recuerdos del recién nacido (Lewis,135) (Lewis,136)
- Tener otros hijos en casa (Furman,145) (Rouseau y Fierens,108) (Wyler,216)

De todo lo expuesto se deduce, que nuestro trabajo puede ser comparado sólo parcialmente con la mayoría

de los encontrados en la literatura sobre duelo y pérdida perinatal, ya que cuando coincidimos con el periodo de seguimiento, no lo hacemos con las pruebas utilizadas, o con el objetivo del estudio.

3.1.- DEPRESION:

O'Hara y cols.(217), utilizando una extensa muestra, no ha hallado diferencias en cuanto a depresión mayor o depresión menor, entre mujeres durante su gestación o en el postparto y mujeres no embarazadas. En cambio si que aparecían mayores niveles de síntomas depresivos y peor ajuste social al final del embarazo y los primeros días del puerperio.

En las mujeres con parto normal observamos que ambas escalas de depresión Beck(190) y MMPI(198)) muestran una estabilidad, es decir que la evolución en el tiempo no modifica ninguna de ellas.

Cuando comparamos las puntuaciones de nuestro grupo control con las consideradas normales de la población general vemos que las mujeres puerperas con hijo vivo no puntúan más alto en depresión que dicha población general.

Así pues, no evidenciamos depresión postparto en las mujeres de nuestro grupo control, si bien es cierto que en el MMPI encontramos puntuaciones discretamente inferiores a los 12 meses que en el nacimiento.

Estos resultados que coinciden con los de O'Hara y cols. (217), son diferentes a los de Clemente y cols. (156), los cuales trazan un perfil de los niveles de salud mental, ansiedad y depresión durante la gestación y el puerperio. Utilizan la escala de Lagner para el primer parámetro y la escala de Zung para los otros dos.

Observan que el embarazo no repercute en la salud psíquica global de las futuras madres, pero que en el puerpério se aprecia un descenso de la salud mental,

viéndose duplicado el número de alteraciones moderadas. Así mismo, aprecian que durante el puerperio la incidencia de las depresiones severas era superior a la de la población general.

No se ha obtenido el dato de la asistencia a Psicoprofilaxis Obstétrica, dado que Grifol(218) en su tesis doctoral en 1991 demuestra que ésta no influye en la aparición de síntomas depresivos en las mujeres con parto normal.

El grupo con pérdida perinatal al que se le ha administrado el plan de intervención, muestra una puntuación alta en la valoración en el nacimiento, tanto en el Beck(190) como con el MMPI(198), alcanzando índices de depresión, y con tendencia a disminuir a los 6 meses y a los 12 meses del nacimiento, en ambas escalas.

La Roche y cols.(147) realiza un estudio prospectivo de 3 meses de duración en mujeres con pérdida fetal anteparto y hasta un mes después del nacimiento. Administra la escala de Parkes-Lindeman y no proporciona plan de intervención. Observa que existe depresión, sobre todo, en aquellas mujeres con pérdida de un RN prematuro, en las que no vieron al RN y cuando la gestación no fue deseada.

Más tarde este mismo autor(107), realiza otro trabajo prospectivo similar pero administrando plan de intervención a las mujeres y entrevistándolas de nuevo a los 12 meses con el Inventario de Beck(190). Observa que en todas ellas hay síntomas de depresión en el nacimiento y a los 3 meses, mientras que al año las puntuaciones obtenidas con el BDI ya son inferiores.

Concluye que la valoración en los 3 primeros meses puede identificar algunos casos patológicos pero no todos, por lo que cree conveniente el seguimiento durante un año con terapia de intervención.

Posteriormente Graham y cols.(133) realiza un estudio en mujeres con una pérdida fetal de 36 semanas de media, administrando plan de intervención y evaluándolas a las 4 semanas del parto. Observó sentimientos de autoculpa por la muerte del RN, lo que hacía aumentar el índice de depresión, mientras que aquellas que habían visto al RN tenían menor grado de depresión por tener menos sentimiento de culpa. De igual forma observó que el comportamiento del equipo médico influía en la depresión. Por todo ello, este autor propugna también un plan de seguimiento para estas enfermas.

Como la administración del plan de intervención ha sido dado a la totalidad del grupo, no podemos concluir de que forma influyen en este proceso distintas experiencias tales como ver o no al RN, darle nombre, etc.

Estamos de acuerdo con La Roche y cols.(107) en que el seguimiento y el apoyo debe ser durante un año, para que la mujer pueda pasar las distintas fases del duelo y recordar los diferentes acontecimientos vitales tras la pérdida, así como la fecha del aniversario de la muerte ya que se sabe que es durante esta fecha cuando se puede producir un incremento del proceso de duelo.

Por otra parte, Benfiel y cols.(113) realiza un estudio prospectivo de 50 parejas con pérdida fetal postparto de hasta 42 días. Proporciona apoyo inmediatamente después de la muerte y administra la escala de Benfiel en este momento. Observa que las madres tienen mayor sentimiento de culpa que los padres, siendo menor la pérdida para estos aunque también necesiten apoyo.

Nosotros hemos procurado que el padre estuviese presente en todos los momentos de la intervención, aunque no siempre se consiguió, pero nunca la

valoración se ha hecho por separado de la madre y el padre, si no que en los casos en que este acudía las pruebas psicométricas las realizaba la mujer. Por ello, no sólo no sabemos como realiza el padre el proceso de duelo, si no tampoco la influencia que este puede ejercer sobre el proceso de la madre lo cual podría ser motivo de un estudio posterior.

Al comparar el grupo de seguimiento con el grupo control al nacimiento observamos que existen diferencias tanto en el Beck como en el MMPI.

A los 6 meses persisten puntuaciones más altas en el grupo de seguimiento que en el de control, sobre todo en el MMPI, las cuales han desaparecido al año del nacimiento.

Clarke y cols.(161) realiza un trabajo comparativo de 6 meses de evolución entre mujeres que habían tenido un hijo vivo y mujeres con pérdida perinatal a las que no proporciona apoyo. Administra el inventario de Beck en el nacimiento y a los 6 meses. Observa que al nacimiento las madres con pérdida presentaban índices de depresión más elevados que las madres con RN vivo pero que a los 6 meses las madres con hijo vivo que habían puntuado alto en el Beck (4%) continuaban estando deprimidas (eran las más jóvenes del estudio), mientras que un 7% de las madres deprimidas con pérdida perinatal habían mejorado.

Así pues, aunque este autor sólo realiza el seguimiento durante 6 meses y no proporciona apoyo psicológico, sus resultados de encontrar más índice de depresión en mujeres con pérdida perinatal que en madres con RN vivo en el nacimiento son similares a los nuestros, ya que en nuestra valoración existe también depresión al nacimiento en el grupo de seguimiento y a los 6 meses esta continua alta al administrar el MMPI, mientras que observamos depresiones suaves con el Beck.

Ahora bién, a los 12 meses nuestro grupo de seguimiento, probablemente por el plan de intervención recibido, continua mejorando y alcanza valores similares a los del grupo de madres con hijo vivo, sobre todo con el BDI, mientras que no sabemos que ocurre con el grupo con pérdida sin apoyo en el estudio de Clarke(61) ya que el seguimiento de este autor fué de 6 meses.

Cuando a los 12 meses evaluamos al grupo de mujeres con pérdida perinatal y que no se les administró plan de intervención observamos que estas puntúan más alto en ambas escalas (BDI y MMPI) que el grupo de pérdida con seguimiento y apoyo y que el grupo control; encontrándose todavía deprimidas.

Forrest y cols.(8) realiza un ensayo clínico para estudiar el efecto de la terapia sobre ansiedad y depresión, utilizando la escala de Parkes y Brown tras el parto; a los 6 meses valora la salud mental con el Health Questionary y la ansiedad y depresión con la Leed Score. A los 12 meses sólo administra la Leed Score. El grupo con soporte presenta menos síntomas psicológicos a los 6 meses y a los 12 meses ambos grupos puntúan igual.

En nuestro trabajo el grupo de no seguimiento sólo fue valorado a los 12 meses de la pérdida perinatal y al compararlo en ese momento con el grupo control su puntuación es significativamente mayor, lo que supone que no se ha normalizado su estado de depresión. Cuando comparamos ,en este tiempo, el grupo de no seguimiento con el de seguimiento se observa que el primero puntua más alto que el segundo, si bién estas diferencias no son significativas.

Pensamos que probablemente el hecho de mantener contacto entre el equipo investigador y el grupo de no apoyo, aunque sólo sea para la administración de

las pruebas, puede ser una forma de intervención, lo que explicaría que los grupos en el estudio de Forrest y cols.(8) se igualen más que los nuestros en esta variable.

Además, éste autor no estudia un grupo control de mujeres con hijo vivo, por lo que no puede valorar si su grupo con apoyo se iguala o no al de control, ni tampoco que ocurre con el de no apoyo con respecto al de control.

Posteriormente Lake y cols.(10) lleva a cabo otro estudio prospectivo en 34 mujeres con pérdida fetal de 20 semanas hasta 2 horas postparto, dándoles apoyo a 18 de ellas y dejando a las otras 16 como grupo contraste(sin apoyo). La intervención la realiza al nacimiento, a las 4-6 semanas y a los 4-6 meses, administrando a los 6 meses, pruebas psicométricas (Cuestionario de entorno social y Cuestionario de adaptación a la pena). Observa que no existen diferencias en la puntuación general de ambos grupos pero sí que hay un aumento de: síntomas físicos, ira-hostilidad y aislamiento social en el grupo de no apoyo.

Sin embargo, aunque nosotros no hemos realizado comparación entre el grupo de seguimiento y el de no seguimiento a los 6 meses, pensamos que el trabajo de Lake y cols.(10) debía haber continuado hasta los 12 meses, tiempo considerado para la resolución del duelo, y que él mismo propone en su plan de intervención.

De todo lo expuesto parece evidente que las mujeres que han tenido una pérdida perinatal se encuentran deprimidas en el momento de la pérdida. A los 6 meses, aquellas que han recibido un plan de intervención, aún manteniendo índices de depresión, su estado psicológico es mejor que el de aquellas que no han recibido dicho apoyo.

Nuestra aportación sería pues, que las mujeres a las que se les ha administrado plan de intervención igualan sus puntuaciones en las pruebas psicométricas de depresión con las del grupo control, mientras que las que no recibieron apoyo mantenían, a los 12 meses, todavía diferencias en la puntuación del Beck y del MMPI con respecto al grupo control, es decir que estaban más deprimidas.

3.2.- ANSIEDAD:

La ansiedad ha sido poco estudiada en la mujer puerpera, no sólo cuando esta tenía un hijo vivo si no también cuando había sufrido una pérdida perinatal, ya que los estudios se han centrado fundamentalmente en la depresión.

Al valorar la ansiedad con el test de Cattell en las mujeres del grupo control, observamos que no solo la ansiedad velada si no también la ansiedad manifiesta, mostraban una estabilidad en el tiempo, lo que producía que la ansiedad total también fuese un parámetro estable con el paso del tiempo. Este mismo hecho ocurría al estudiar los diferentes subfactores de personalidad.

Al administrar el STAI de Spielberger, en este grupo de mujeres con RN vivo, se observa también que tanto la ansiedad estado como la ansiedad rasgo se mantienen estables a lo largo de los 12 meses de seguimiento.

Cuando comparamos las puntuaciones de este grupo control con las de la población general, vemos que las mujeres con RN vivo no puntúan más alto en ansiedad que dicha población general.

Así pues, nuestros resultados no coinciden con los que obtienen Clemente y cols.(156) en su estudio de salud mental, ansiedad y depresión durante el puerperio, ya que ellos observan que aunque el embarazo no repercute en la salud psíquica global de la futura madre, durante el puerperio esta sufre un descenso llegando a duplicarse las alteraciones moderadas.

Por otra parte Grifol y cols.(219)(220) observa que las gestantes que acudían a la Psicoprofilaxis Obstétrica presentaban índices menores de ansiedad en el parto y puerperio inmediato que las que no habían acudido.

Nosotros no sabemos que porcentaje de gestantes de este grupo control había acudido a la Psicoprofilaxis Obstétrica, pero en el supuesto de que estas hubiesen sido las suficientes, este hecho podría ser la explicación a la diferencia entre nuestros resultados y los de Clemente y cols.(156), ya que en los últimos años se ha producido un aumento en la asistencia a dicha consulta, tal y como confirma Grifol(218).

Cuando nuestro análisis se centra en el grupo de seguimiento vemos como la ansiedad total sí que disminuye con el curso del tiempo, observando que esta se mantiene prácticamente constante en los primeros 6 meses después del nacimiento y que la mejoría de estas mujeres se produce fundamentalmente entre los 6 y 12 meses posteriores al mismo.

Al estudiar los dos factores del test de Cattell, es decir la ansiedad manifiesta y la ansiedad velada, vemos que mientras la ansiedad velada no se modifica con el tiempo, la ansiedad manifiesta sí que disminuye con el paso del mismo y además observamos que se modifica de igual forma a como lo hace la ansiedad total, es decir que su disminución se

produce sobre todo entre los 6 y 12 meses posteriores al nacimiento.

Así pues podemos afirmar que las enfermas del grupo de seguimiento aumentan su ansiedad total ante la pérdida perinatal, pero no por los índices de ansiedad velada si no por los de ansiedad manifiesta, y así cuando este disminuye también lo hace la ansiedad total.

Cuando valoramos los subfactores de personalidad en este grupo de seguimiento, vemos como el "subfactor O", que indica el sentimiento de culpa, sí que se modifica con el tiempo puntuando más bajo a los 12 meses que al nacimiento, siendo esta diferencia significativa.

Podemos pues afirmar que las mujeres que han sufrido una pérdida perinatal tienen aumentado el sentimiento de culpa.

Este hecho había sido ya comentado por Benfiel y cols.(113), el cual además refiere que este sentimiento es más fuerte en la madre que el experimentado por el padre.

Aunque nuestra valoración no se centra en el estudio del padre estamos de acuerdo con este autor en el sentimiento de culpa experimentado por la madre en el momento del nacimiento y nuestra aportación consiste en ver como ha evolucionado dicho subfactor con el tiempo.

Este sentimiento de culpa también ha sido confirmado por otros autores como Peppers y Knapp(114), La Roche y cols.(107) y Parkes(7), pero todos ellos lo estudian únicamente en el nacimiento.

Más tarde Graham y cols.(133) observa que mujeres que han recibido apoyo continúan teniendo sentimientos de autoculpa a las 4 semanas después del parto, y si bien nuestra valoración no se hizo en ese momento podemos decir que este sentimiento se sigue manteniendo a los 6 meses del nacimiento.

Aunque no hemos valorado puntualmente en que porcentaje la mujer culpabiliza al equipo médico, subjetivamente podemos decir que en las entrevistas realizadas hemos detectado que este hecho se producía mucho más en las mujeres que no habían recibido plan de intervención, probablemente porque las enfermas con apoyo habían recibido toda la información solicitada, lo cual según Rowe y cols.(106) y Rousseau y Fierens (108) ayuda a la resolución del proceso.

Los "subfactores de personalidad Q3 y C", que representan el desarrollo de la conciencia de sí mismo y fuerza del "yo" respectivamente, presentaban una tendencia a la disminución a los 12 meses del nacimiento, aún no existiendo diferencias. Es decir, que parece que estas mujeres se autocontrolan y se integran mejor socialmente al año de la pérdida que en el momento en que esta se produce. Así ya Lake(9) observó que las mujeres con apoyo tenían menos aislamiento social que aquellas que no lo recibían.

Sin embargo, los "subfactores L y Q4", que indican la tendencia paranoica y tensión energética respectivamente, no se modifican con el tiempo.

Cuando la valoración de ansiedad, en este grupo de seguimiento, la hacemos mediante el STAI observamos que la ansiedad estado sufre modificaciones con el paso del tiempo, de tal forma que la disminución no solo es significativa entre el nacimiento y los 6 meses si no también entre este momento y los 12 meses.

Sin embargo la ansiedad rasgo aunque también disminuye con el tiempo vemos que lo hace más lentamente de tal forma que la diferencia solo se produce entre el nacimiento y los 12 meses.

Podemos pues concluir que las mujeres con pérdida perinatal que han recibido apoyo disminuyen antes su ansiedad estado que su ansiedad rasgo, lo cual concordaría con las definiciones de puntuación dadas de las mismas.

Además, estamos de acuerdo con Spielberger(182) y Pons(221), en que la ansiedad estado nos está midiendo la intensidad de la ansiedad, mientras que la ansiedad rasgo nos mida la frecuencia con la que aparece dicha ansiedad.

Podríamos pues decir que en este grupo de seguimiento los intervalos de aparición de ansiedad se van distanciando sobre todo entre los 6 y 12 meses después de la pérdida, y que a partir de los 6 meses estos son de menor intensidad que en el nacimiento.

Al comparar el grupo control con el de seguimiento al nacimiento observamos que las madres con pérdida perinatal presentan índices de ansiedad total mayores que las madres del grupo control, siendo esto debido a que aquellas tienen aumentada la ansiedad manifiesta mientras no hay diferencias en la ansiedad velada.

En este momento del nacimiento los subfactores que puntúan más alto en el grupo de madres con pérdida son el "subfactor O y el Q4" lo que nos lleva a pensar que estas madres se sienten culpables y que generan ansiedad por las necesidades insatisfechas de toda clase.

Al valorar la ansiedad con el STAI, tanto la ansiedad estado como la ansiedad rasgo están aumentadas en las madres con pérdida perinatal respecto a aquellas con hijo vivo, en el postparto inmediato.

A los 6 meses se aprecia como las madres con pérdida han disminuido su ansiedad total debido a que se ha producido una disminución en su ansiedad manifiesta,

la cual aunque tiende a ser superior a la de las madres del grupo control ya no son diferentes. En este momento es el "subfactor O", sentimiento de culpa, el único que muestra valores superiores a los obtenidos en el grupo control.

Así pues, podemos decir que a los 6 meses de la pérdida las madres siguen teniendo ciertos índices de ansiedad debido a que su sentimiento de culpa todavía no ha llegado a su fase de resolución, mientras que se encuentran menos insatisfechas probablemente por el apoyo recibido ya que parte del plan de intervención consiste en informar de la causa de muerte, si esta se conoce, y en responder a todas aquellas dudas que puedan tener y que no las manifiestan durante la primera entrevista debido al "choque psicológico" sufrido por la pérdida del RN.

En cuanto a la valoración con el STAI a los 6 meses del nacimiento, las mujeres con pérdida perinatal aunque siguen manteniendo una tendencia superior en su ansiedad estado con respecto a las del grupo control, su aumento solo es significativo en la ansiedad rasgo.

Podemos decir que a los 6 meses del nacimiento las madres con pérdida perinatal que han recibido apoyo muestran mayor propensión ansiosa que las madres que han tenido un hijo vivo, pero que el estado emocional transitorio de sentimientos subjetivos de tensión y aprensión aunque parecen discretamente superiores a los sufridos por las madres con hijo vivo, ya no son diferentes.

Por otra parte, si admitimos la teoría de Spielberger(182) también podemos decir que las madres con pérdida perinatal que han recibido apoyo, a los 6 meses manifiestan ansiedad con mayor frecuencia que las madres que tienen un hijo vivo, pero que la intensidad de esta ansiedad aunque parece superior ya no es diferente.

A los 12 meses del nacimiento si analizamos los tres grupos, control, seguimiento y no seguimiento, observamos que los tres tienen puntuaciones similares en ansiedad total. Esto mismo ocurre con la ansiedad velada.

Sin embargo, si analizamos la ansiedad manifiesta vemos que mientras el grupo control y de seguimiento han igualado sus puntuaciones, el grupo de no seguimiento mantiene índices diferentes al de control, es decir que las enfermas que no han llevado apoyo mantienen niveles de ansiedad manifiesta mayores que las que lo han recibido, aunque esta diferencia no es significativa, ni llegue a influir en el índice de ansiedad total.

Si ahora analizamos los subfactores de personalidad, vemos que en todos ellos los tres grupos mantiene puntuaciones similares.

Cuando la valoración de la ansiedad al año del nacimiento se realiza mediante el STAI de Spielberger observamos que tanto las puntuaciones de ansiedad estado como las de ansiedad rasgo del grupo de seguimiento se han igualado con las del grupo control, es decir que tanto la propensión ansiosa como los sentimientos subjetivos de tensión y aprensión son similares en ambos grupos. Sin embargo, el grupo de no seguimiento, que no ha recibido apoyo, continúa puntuando alto en la ansiedad rasgo con respecto al grupo control y en la ansiedad estado con respecto al control y al de seguimiento.

Así pues, la propensión ansiosa de estas mujeres sin apoyo es claramente superior a las del grupo control y es mayor que las del grupo de seguimiento aunque no llegan a ser diferentes.

No obstante los sentimientos subjetivos de tensión y aprensión están más elevados en estas mujeres sin apoyo que en las de los otros dos grupos.

Dicho de otra forma y siguiendo la teoría de Spielberger(182), las enfermas que no han tenido

apoyo psicológico no solo padecen estados de ansiedad más intensos que las del grupo control y de seguimiento si no que además estos son más frecuentes que en el grupo control.

De todo lo expuesto podemos decir que las enfermas del grupo de seguimiento puntúan más alto en ansiedad total que las enfermas del grupo control en el nacimiento, y que este hecho se produce por un aumento de la ansiedad manifiesta.

También podemos afirmar que esta elevación se produce por un aumento en el sentimiento de culpa y por falta de integración social.

En estas mujeres su ansiedad va disminuyendo con el curso del tiempo, de tal forma que al año sus puntuaciones, en todas las variables, son similares a las del grupo control. Sin embargo, las enfermas que no han recibido plan de intervención continúan puntuando alto en ansiedad manifiesta, aunque este hecho no llegue a repercutir en su ansiedad total, cuyo índice es similar al de los otros dos grupos.

Pensamos que el hecho de dar apoyo suple la falta de soporte social o aumenta el ya existente, estando de acuerdo con Nicol y cols.(127) y Tudehope y cols.(142) en que la falta de soporte social es un factor de riesgo.

Por otra parte, las enfermas del grupo de seguimiento aunque puntúan más alto en ansiedad estado y en ansiedad rasgo que las de control, ambos grupos se igualan a los 12 meses, mientras que las enfermas del grupo de no seguimiento continúan puntuando alto en ambas variables.

Es decir, que las enfermas del grupo de seguimiento han dejado de ser ansiosas con respecto a las de control, mientras que las de no seguimiento continúan ansiosas si la valoración la hacemos con el STAI, mientras que tienden a igualarse cuando la valoración se realiza con el test de Cattell.

CONCLUSIONES

1.- Las mujeres con pérdida perinatal tienen mayor nivel de ansiedad y depresión en el postparto inmediato que las mujeres con hijo vivo.

2.- Las mujeres con pérdida perinatal a las que se les ha administrado plan de intervención, mantienen a los 6 meses niveles de depresión superiores a las mujeres con hijo vivo, mientras que sus índices de ansiedad se encuentran prácticamente iguales.

Al año estas mujeres han igualado sus índices de ansiedad y depresión con los de las mujeres que habían tenido un hijo vivo.

3.- Las mujeres con pérdida perinatal que no recibieron plan de intervención se encuentran más deprimidas y más ansiosas, al año del nacimiento, que las que tuvieron un hijo vivo.

4.- Las mujeres con pérdida perinatal que han recibido plan de intervención presentan índices de ansiedad y depresión más bajos, a los 12 meses, que las mujeres con pérdida que no recibieron dicho plan.

5.- Por todo ello preconizamos la existencia de unidades de profesionales que se encarguen de administrar el plan de intervención y el seguimiento obstétrico-ginecológico necesario a las familias con pérdida perinatal.

BIBLIOGRAFIA

1. Pelechano V. El impacto Psicológico de ser madre. Valencia. Editorial Alfapplus. 1981.
2. Leal C, Montero I, Donat F. Aspectos psicológicos del embarazo, parto y puerperio. Rev Esp Obst Gin 1982; 41:493-498.
3. Whalen J. Aspectos psicológicos del embarazo, el parto y el puerperio. En: Niswander K. Manual de Obstetrícia, Diagnóstico y Tratamiento. Barcelona. Ed Salvat. 2^a de. 1986; 213-224.
4. Areskog B, Udenberg N, Kjessler B. Experience of delivery in woman with and without antenatal fear of childbirth. Gynecol Obstet Invest 1983; 16:1-12.
5. De Muylder X. Maternal psychological evolution during pregnancy. Contracept Fertil Sex 1990; 18:225-227.
6. Kennell JH, Slyter H, Klaus MH. The mourning response of parents to the death of a newborn infant. N Engl J Med 1970; 283:344-349.
7. Parkes CM. Bereavement. Br J Psychiatry 1985; 146:11-17.
8. Forrest GC, Standish E, Braum JD. Support after perinatal death: a study of support and counseling after perinatal bereavement. Br Med J 1982; 285: 1475-1479.
9. Lake MF, Johnson TM, Murphy J, Knuppel RA. Evaluation of a perinatal grief support team. Am J Obstet Gynecol 1987; 157:1203-1206.
10. Lake M, Knuppel RA, Murphy J, Johnson TM. The role of a grief support team following stillbirth. Am J Obstet Gynecol 1983; 146:877-881.

11. Freud S. Deuil et mélancolie. En: Freud S, Métapsychologie. Paris, Gallimard. 1968; 147-174.
12. Cullberg J. Mental reactions of women to perinatal death. En: Morris N.ed. Proceedings of the third international congress in obstetrics and gynaecology. Basilea, Karger, 1972; 326-329.
13. Lovell A. Some questions of identity: Late miscarriage, stillbirth and perinatal loss. Soc Sci Med 1983; 11:755-761.
14. Condon JT. Prevention of emotional disability following stillbirth: The role of the obstetrical team. Aust NZ Obstet Gynaecol 1987; 27:323-329.
15. Kässer O. Mortalidad infantil perinatal. En: Kässer O. Ginecología y Obstetricia. Fundamentos, patología, profilaxis, diagnóstico y terapéutica. Barcelona. Salvat Ed. 1972; 1005-1114.
16. Peller S. Die Saenglingsterblichkeit nand dem Kriege. Win Klin Wochenschr 1923; 36:799-801.
17. World Health Organization. International recomendations of definitions oflive birth and fetal death. National Center for Healt Statistics 1950, (PHS) 39.
18. Vital Statics of the United States (anual). US National Center for Health Statistics 1966.
19. Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología. Protocolos asistenciales en Ginecología y Obstetricia. Madrid. Ed Comunicación y Servicio 1993; 1-364.
20. Alberman E. Social and biological effects on perinatal mortality. J Roy Soc Med 1979; 72:295-302.

21. Williams RL. Measuring the effectiveness of perinatal medical care. *Med Care* 1979; 17:95-102.
22. Petitti D. Epidemiología de la muerte fetal. *Clin Obstet Ginecol (Ed Esp)* 1987; 2:237-242.
23. Rydhstrom H. The effects of maternal age, parity and sex of the twin perinatal mortality. A population based study. *Acta Genet Med Gemellol Roma* 1990; 39:401-408.
24. Fabre E, Farrer M, De Agustín JL, Gonzalez de Agüero R, Estremera L. Morbi-mortalidad perinatal. En: *Dirección Médica del Parto*. Granada. ED Herruzo AJ, Miranda JA. 1990; 183-252.
25. Butler N R D G. Bouham: Perinatal mortality. London, Livingstone, 1963.
26. Rumeau-Rouquette C, Kaminski M, Goujard J. Prediction of perinatal mortality in early pregnancy. *J Perinat Med* 1974; 2:196-199.
27. Lompo K, Hutin YJ, Traore G, Tall F, Guiard-Schmid JB, Yameogo G et al. Morbidity and mortality related to obstetrical referral patients to the hospital of Bobo-Dioulasso, Burkuaia Faso. *Ann Soc Belg Med Trop* 1993; 73:153-163.
28. Hodberg V, Wall S, Wiklund DE. Risk determinants of perinatal mortality in a Swedish county 1980-1984. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1990; 69:575-579.
29. Freuch FE, Bierman JM. Probability of fetal mortality. *Public Health Reports* 1962; 77:835-847.
30. Taylor WF. The probability of fetal death. En: Clarke-Fraser F, McKusick VA. Eds. *Congenital Malformations*. Amsterdam. Excerpta Medica 1970; 307-320.

31. Harlap S, Shiono PH, Ramcharan S. Spontaneous foetal losses in women using different contraceptives around the time of conception. *Int J Epidemiol* 1980; 9:49-56.
32. Fabre E, Farrer M, de Agustín JL, Gonzalez de Agüero R, Estremera L. Mortalidad perinatal en el nacido pretermino. Libro de ponencias del "XII Reunión Nacional de Medicina Perinatal". Valencia 1990.
33. Lim ML, Elferink-Stinkens PM, Wallenburg HC, Van-Hemel OJ. Estimate of perinatal mortality risk. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1993; 51:97-101.
34. Wallace HM. Selected aspects of perinatal casualties: Looking ahead nationally. *Clin Pediatr* 1979; 18:213.
35. World Health Organization (WHO). Appropriate technology for birth. *Lancet* 1985; 2:436-437.
36. World Health Organization: Manual of the International Statistical Classification of Diseases, Injuries, and Causes of death. 9th revision, vol 2 .WHO, Ginebra 1977.
37. FIGO Standing Committee on perinatal mortality and morbidity. March 1982.
38. Hernandez JM. Muerte fetal anteparto sin causa. En: *Protocolos asistenciales en Obstetricia y Ginecología. De Comunicación y Servicio* 1993; 26:1-3.
39. Kleinman JC, Kovar MG, Feldman JJ, Young CA. A comparison of 1960 and 1973-1974 early neonatal mortality in selected states. *Am J Epidemiol* 1978; 108:454-469.

40. Bracken MB, ed. Perinatal Epidemiology. New York. Oxford University Press 1984.
41. Kiely JL. Some conceptual problems in multivariable analyses of perinatal mortality. Paediatr Perinat Epidemiol 1991; 5:243-257.
42. Lavenhar MA. Aspectos de salud pública de la medicina materno-fetal. En Iffy L, Kaminetzky HA. Obstetricia y perinatología, principios y práctica. Buenos Aires, Panamericana 1985; 2:1686-1706.
43. World Health Organization (Regional Office for Europe). Health for all. Statistical Data Base, Octubre 1994.
44. Instituto Nacional de Estadística. Series Demográficas. En: Instituto Nacional de Estadística. Movimiento Natural de la Población Española 1990, (I). Madrid. Instituto Nacional de Estadística 1993; 159-175.
45. Fabre E, Gonzalez de Agüero R, de Agustín JL, Tajada M. Morbilidad perinatal y mortalidad perinatal. Análisis y situación actual en España. Libro de Ponencias del "XIV Congreso Nacional de Medicina Perinatal". Santander 1993.
46. Dirección General de Salud Pública. Estadísticas de Salud 1978-1987. En: Ministerio de Sanidad y Consumo. Medidas del Estado de Salud. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo. 1991; 5:437-676.
47. Balach CJ. Muerte fetal intrauterina. En: Rodes J, Prieto J, Rapado A (dirs). Serie Salvat de casos clínicos Obstetricia y Ginecología. Barcelona. Salvat. 1990; 347-352.
48. Wilson JR, Beecham CT, Carrington ER. Obstetrics-Gynecology. St Louis. CV Mosby Co. 1975; pp 7-11.

49. Lauslahn K, Hulkko S. On intrauterine death. Acta Obstet Gynecol Scand 1971; 50:325.
50. Liban E, Salzberguer M. A prospective clinicopathological study of 1.108 cases of antenatal fetal death. Isr J Med 1976; 12:34-38.
51. Ornoy A, Crone K, Altshuler G. Pathological features of the placenta in fetal death. Arch Pathol Lab Med 1976; 100:367-378.
52. Kuleshov NP. Chromosomal anomalies of infants dying during the perinatal period and premature newborn. Hum Genet 1976; 31:151-155.
53. Angell RR, Sandison A, Bain AD. Chromosome variation in perinatal mortality: a survey of 500 cases. J Med Genet 1984; 21:739-743.
54. Byrne J, Warburton D, Kline J, Blanc W, Stein Z. Morfology of early fetal deaths and their chromosomal characteristics. Teratology 1985; 32:297-315.
55. Naeye RL. Causes of perinatal mortality in the U.S. Collaborative Perinatal Project. JAMA 1977; 228-232.
56. Hall BD. Malformaciones no cromosómicas y síndromes asociados con el mortinato. Clín Obstet y Ginecol (Ed. Esp) 1987; 2:261-265.
57. Speert H. Obstetric Gynecologic Milestones. New York. Macmillan Company 1977; 264-270.
58. Sachs BP. Diagnóstico de muerte fetal. En: Friedman MD, Acker DB, Sachs BP. Toma de decisiones en Obstetricia. Barcelona. Edika Med. 1990; 6-7.

59. Carrera JM. Monitorización fetal anteparto. Barcelona, Salvat. 1979.
60. Loughrin HJ, Kirschbaum TH. Muerte fetal intrauterina. En Iffy L, Kaminetzky HA. Obstetricia y Perinatología, principios y práctica. Buenos Aires, Panamericana. 1985; 2:1144-1163.
61. Stephens JD, Birnholz JC. Non invasive verification of fetal respiratory movements in normal pregnancy. JAMA 1978; 240:35-38.
62. Dippel AL. Reath of foetus in utero. John Hopkins Medical Journal 1934; 54:24.
63. Tricomi V, Kohl SG. Fetal death in utero. Am J Obstet Gynecol 1957; 74:1092.
64. Pritchard JA. Fetal death in utero. Obstet Gynecol 1959; 14:573.
65. Ortiz R. Fetal death indicated by transient hypofibrinogenemia. Am J Obstet Gynecol 1969; 104:920-923.
66. Weiner CP. La paciente obstétrica y la coagulación intravascular diseminada. Clin Perinatol (Ed Esp) 1986; 4:675-685.
67. Sachs BP. Muerte fetal intrauterina. En: Friedman MD, Acker DB, Sachs BP. Toma de decisiones en Obstetricia. Barcelona. Edika Med. 1990; 226-227.
68. Miranda JA, Mendoza N, Molina R, Herruzo AJ. El parto del feto muerto. En: Herruzo AJ, Miranda JA. Dirección Médica delParto. Granada. 1990;125-131.
69. Weiner AE, Reid DE, Roby CC, Diamond LK. Coagulation deffects with intrauterine death from

Rh isosensitization. Am J Obstet Gynecol 1950; 60: 1015.

70. Skjodt P. Intrauterine fetal death with hypofibrinogenemia. Acta Obstet Gynec Scand 1967; 46:59-77.

71. Graeff H, Kuhn W. Coagulation disorders in obstetrics. Thieme. Stuttgart 1980.

72. Romero R, Copel JA, Hobbins JC. Muerte fetal intrauterina y fracaso de la hemostasia: el síndrome de muerte fetal. Clin Obstet Ginecol 1985; 28:24-31.

73. Goldstein DP, Reid DE. Circulating fibrinolytic activity: a precursor of hypofibrinogenemia following fetal death in utero. Obstet Gynecol 1963; 22:174-177.

74. Jimenez J, Pritchard JA. Pathogenesis and treatment of coagulation defects resulting from fetal death. Obstet Gynecol 1968; 32:449-453.

75. Russell K, Laros H. Transtornos de la coagulación en el embarazo. En: Iffy L, Kaminetzky HA. Buenos Aires. Panamericana. 1985; 1132-1143.

76. Borten M. Aborto retenido. En: Friedman MD, Acker DB, Sachs BP. Toma de decisiones en Obstetricia. Barcelona. Edika Med, SA. 1990;48-49.

77. Carrera JM. Protocolos de Obstetricia. Medicina Perinatal del Instituto Dexeus. 2ª Ed. Barcelona. Salvat. 1993; 3- 519.

78. Monleon Alegre J. La inducción al parto. Avances en gineco-obstetricia y reproducción humana. 1984; 104-137.

79. Shafi MI, Byrne P, Lnesley DM, Pogmore JR. Gemeprost vaginal pessaries for inducing third trimester intrauterine death. Br J Obstet Gynaecol 1989; 96:745-752.
80. Lehair J, Lemarie P, Helleringer M, Manini P. Expulsion de grossesses arretees au deuxieme trimestre a l'aide d'un analogue de la prostaglandine. El applique par voie vaginale. A propos de douze cas. Rev Fr Gynecol Obstet 1989; 84:19-23.
81. Rath W, Gerland W, Osmers R. Pregnancy termination in the 2d and 3d trimester with prostaglandins depending on the cervix status. Zentralbl-Gynakol 1991; 113:519-526.
82. Monleón J, Dominguez R, Perales A, Minguez J. Efectos occitócicos en útero humano a termino de la administración intracervical de PGE2. Clin Invest Gin Obstet 1989; 16:245-253.
83. Miller A y cols. Patterns of uterine activity after intravaginal prostaglandin E2 during preinduction cervical ripening. Am J Obstet Gynecol 1991; 165:1006-1009.
84. Milliez J y cols. Maturation of the uterine cervix by repeted intracervical instillation of prostaglandin E2. Am J Obstet Gynecol 1991; 165:523-528. Clin Invest Gin Obstet 1992; 19:198-201.
85. Monleón J, Perales A, Dominguez R, Minguez J. Maduración intracervical con gel de PGE2. Posible efecto miometrial. Clin Invest Gin Obstet 1992; 19: 198-201.
86. Monleón J, Martín A, Pellicer F, Burguete P, Mahiques V, Minguez J. Asistencia al parto en la mujer diabetica. En: Libro de ponencias de la "X

Reunión de Perinatología del Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Virgen de las Nieves". Granada. Ed Herruzo AJ, Miranda JA 1993; 195-231.

87. Valero J. Conducta obstétrica en la cesárea anterior. Tesis Doctoral. Universidad de Valencia, Facultad de Medicina. 1992; 1-319.

88. Kochenour NK. Tratamiento de la muerte fetal. Clín Obstet y Ginecol (Ed Esp) 1987; 2:302-311.

89. Cattanach SA, Wedel M, White S, Young M. Single intrauterine fetal death in suspected monozygotic twin pregnancy. Aust NZ J Obstet Gynaecol 1990; 30:137-140.

90. Hanna JH, Hill JM. Simple intrauterine fetal demise in multiple gestation. Obstet Gynecol 1984; 63:126-128.

91. Barss VA, Benacerraf BR, Frigoletto FR. Ultrasonographic determination of chorion type in twin gestation. Obstet Gynecol 1985; 66:779-812.

92. Gilabert J, Peiró J, Baamonde A, Villa P, Estellés A, Aznar J y cols. Gestación múltiple y muerte fetal intraútero de un solo feto, conducta obstétrica hematológicas. Clin Invest Gin Obst 1987; 14:211-219.

93. Enbon J. Twin pregnancy with intrauterine death of one twin. Am J Obstet Gynecol 1985; 152:424-429.

94. Bruce SJ, Mc Lenahan A. Reactions of nurses and mothers to stillbirth. Nurs Outlook 1962; 10:88-91.

95. Kennell JH, Klaus MH. Caring for parents of and infant who dies. En Klaus MH, Kennell JH. Maternal

Infant Bonding. St Louis. CV Mosby Co. 1976; 209-239.

96. Wolff JR, Nielson PE, Schiller P. The emotional reaction to a stillbirth. Am J Obstet Gynecol 1970; 108:73-77.

97. Lindberg CE. The grief response to mid-trimestre fetal loss. J Perinatol 1992; 12:158-163.

98. Leon IG. The psychoanalytic conceptualization of perinatal loss: a multidimensional model. Am J Psychiatry 1992; 149:1464-1472.

99. Lindemann E. Symptomatology and management of acute grief. Am J Psychiatry 1944; 101:141-148.

100. Bowlby J. Attachement et perte.3. La perte. Tristesse et dépression. P V F, Paris 1984.

101. Hofer MA. Relationship as regulators: a psychobiologic perspective on bereavement. Psychosom Med 1984; 46:183-197.

102. Stierman ED. Aspectos emocionales de la muerte perinatal. Clin Obstet Ginecol (Ed Esp) 1987; 2:335-334.

103. Bown JT. Normal and pathological grief. Jama 1983; 250:378-382.

104. Bourne S. Psychological impact of stillbirth. Practitioner 1983; 227:53-60.

105. Ewton DS. A perinatal loss follow-up guide for primary care. Nurse Pract 1993; 18: 30-36.

106. Rowe J, Clyman R, Green C, Mikkelsen C, Haight J, Ataide L. Follow-up of families who experience a perinatal death. Pediatrics 1978; 62:166-170.

107. La Roche C, Lalinec-Michaud M, Engelsmann F, Fuller N, Copp M, Mc Quade-Soldatos L, y cols. Grief reactions to perinatal death. A follow-up study. *Can J Psychiatry* 1984; 29:14-19.
108. Rouseau P, Fierens RM. Bereavement evolution in mothers and families after perinatal death. *J Gynecol Obstet Biol Reprod Paris* 1994; 23:166- 174.
109. Peppers LG, Knapp RJ. *Motherhood and mourning*. New York. Praequer. 1980. 66-74.
110. Kirkley-Best E. Grief in response to prenatal loss: an argument for the earliest maternal attachment. *Dissertation abstracts international* 1981; 42:2560-2567.
111. Kellner KR, Donnelly WH, Gould SD. Parenteral behaviour after perinatal death: Lack of predictive demographic and obstetric variables. *Obstet Ginecol* 1984; 63:809-814.
112. Kellner K R, Kirkley-Best E, Chesborough S. Perinatal mortality counseling program for families who experience a stillbirth. *Death Educ* 1981; 5:29-40.
113. Benfiel DG, Leib SA, Vollman JH. Grief response of parents to neonatal death and parent participation in deciding care. *Pediatrics* 1978; 62:1971-1977.
114. Peppers LG, Knapp RJ. Maternal reactions to involuntary fetal infant death. *Psychiatry* 1980; 43: 155-159.
115. Lewis E, Bryan EM. Management of perinatal loss of a twin. *Br Med J* 1988; 297:1321-1323.

116. Wilson AL, Fenton LJ, Stevens DC, Soule DJ. The death of a newborn twin: an analysis of parental bereavement. *Pediatrics* 1982; 70:587-591.
117. Bourne S. The psychological effects of stillbirth on women and their doctors. *J R Coll Gen Pract* 1968; 16:103-112.
118. Appleton R, Gibson B, Hey E. The loss of a baby at birth: The role of bereavement officer. *Br J Obstet Gynaecol* 1993; 100:51-54.
119. Giles PFH. Reactions of women to perinatal death. *Aust NZ J Obstet Gynaecol* 1970; 10:207-210.
120. Brown Y. Perinatal loss: A framework for practice. *Health Care Women Int* 1993; 14: 469-479.
121. Van Moffaert M, Goethals A, Schwemmler M, Thiery M. Le rôle de l'équipe obstétricale dans l'assistance fournie aux parents endeuillés par un décès périnatal. *Med Psychosom* 1986; 2/14:98-105.
122. Papiernik E, Bydlowsky M. Le deuil de l'enfant et l'enfant du deuil. *Contraception, fertilité, sexualité* 1985; 13:155-156.
123. Rouseau P, Moreau K. Le deuil périnatal. *Bull Soc Fr Psycho Prophylaxie Obstet* 1986; 106:23-30.
124. Weiss M. Care and support of women who have experience a stillbirth. *Midwives Chron* 1987; 100: 233-234.
125. Weiss L, Frischer L, Richman J. Parental adjustment to intrapartum and delivery room loss. The role of a hospital based support program. *Clin Perinatal* 1989; 16:1131-1143.

126. Tomsyck RR. The grief of a mother physician on the death of her infant. *J Am Wom Assoc* 1988; 43:51-57.
127. Nicol MT, Tompkins JR, Campbell NA, Syme GJ. Maternal grieving response after perinatal. *Med J Austr* 1986; 144:287-289.
128. Layne LL. Motherhood lost: cultural dimensions of miscarriage and stillbirth in America. *Women Health* 1990; 16:69-98.
129. Rousseau P. Deuil perinatal. Psychopathologie et accompagnement. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1988; 17:285-294.
130. Davidson GW. Death of the wished for child: A case study. *Death Educ* 1977; 1:265-275.
131. Lewis E. Reactions to stillbirth. En: Morris N. (Ed), *Proceeding of the third international congress of psychomatic medicine in obstetrics and gynaecology*. Basilea. Karger. 1972; 323-325.
132. Yates SA. Stillbirth: What staff can do. *Am J Nurs* 1972; 72:1592-1594.
133. Graham MA, Thompson SC, Estrada M, Yonekura ML. Factors affecting psychological adjustment to a fetal death. *Am J Obstet Gynecol* 1987; 157:254-257.
134. Bourne S, Lewis E. Pregnancy after stillbirth or neonatal death. *Lancet* 1984; ii:31-33.
135. Lewis E. Mourning by the family after a stillbirth or neonatal death. *Arch Dis Child* 1979; 54:303-306.
136. Lewis E. Stillbirth. Psychological consequences and strategies of management. En: Milunsky A ed.

Advances in perinatal medicine. New York. Plenum 1983; 3:205-245.

137. Lewis E. The management of stillbirth: Coping with an unreality. Lancet 1976; ii:619-620.

138. Zhao C. An APC composite analysis system for analyzing the cause of perinatal death. Chung Hua Y Hsueh Tsa Chih Taipei 1990; 70(4):208-210 (Tomado del Medline).

139. Tyson W, Manchester D. Aspectos patológicos de la muerte fetal. Clin Obstet Ginecol 1987; 2:313-323.

140. Benfiel DG, Leib SA, Reuter J. Grief response of parents after referral of the critically ill newborn to a regional center. N Engl J Med 1976; 294:975-978.

141. Clyman R I, Green C, Mikkelson C. Do parents utilize physician follow-up after the death of their newborn. Pediatrics 1979; 64:665-667.

142. Tudehope DI, Iredell J, Rodgers D, Gunn A. Neonatal death: Grieving families. Med J Austr 1986; 144: 290-292.

143. Adolf A, Patt R. Neonatal death: the family is the parientJ Fam Pract 1980; 10:317-321.

144. Clyman RI, Green C, Rowe J, Mikkelson C, Ataide L. Issues concerning parents after the death of their newborn. Crit Care Med 1980; 8:215-218.

145. Furman EP. Death of a newborn: care of the parents. Birth Fam J 1978; 5:214-218.

146. Sainsbury MK. Grief in multifetal death. Acta Genet Med Gemellol Roma 1988; 37:181-185.

147. La Roche C, Lalinec-Michaud M, Engelsmann F, Fuller N, Copp M, Vasilevsky K. Grief reactions to perinatal death: an exploratory study. *Psychosomatics* 1982; 23:510-518.
148. Phipps S. The subsequent pregnancy after stillbirth: anticipatory parenthood in the face of uncertainty. *Int J Psychiatry Med* 1985; 15:243-264.
149. Carr-Gregg M, Lennox N. Perinatal death and the grief of a father. *Aust Fam Physician* 1993; 22:1187-1189
150. Canadian Pediatric Society. Support for parents experiencing perinatal loss. *Can Med Assoc J* 1983; 129:335-339.
151. Wathen NC. Perinatal bereavement. *British J Obstetrics Gynaecol* 1990; 97:759-761.
152. Guyotat J. Mort/naissance et filiation: études de psychologie sur le lien de filiation. Paris, Masson 1980.
153. Chauveau B. Las manifestaciones de la ansiedad. En: Chauveau B. *La Ansiedad*. Barcelona. Ed Temis, 1989; 13-30.
154. Silva F. Evaluación conductual y criterios psicossomaticos. Madrid. Piramide. 1989.
155. Sandín B. Aportaciones recientes en Psicopatología. Madrid. Jacaryan SA. 1990; 1-265.
156. Clemente PA, Tobajas JJ, Morales C. Aspectos psicossomaticos de la gestante. I. Perfil de los niveles de salud mental, ansiedad y depresión durante la gestación y puerperio. *Acta Ginecol* 1987; 44:363-366.

157. Clemente PA, Tobajas JJ, Morales C. Aspectos psicossomáticos de la gestante.II. Necesidad de introducir el factor "psicosomático" en los test de riesgo perinatal. Acta Ginecol 1987; 44:367-370.
158. Crandon AJ. Maternal anxiety and obstetric complications. J Psychosomatic Res 1979; 23:109-111.
159. Rimbach E. Preparación y dirección psicológicas del parto. En Schwalm H, Döderlein G. Clínica Obstétrica Ginecológica. Madrid. Ed Alhambra, 1966; 1, 481-524.
160. Buesching DP, Glasser ML, Frate DA. Progression of depression in the prenatal and postpartum periods. Women Health 1986; 11:61-78.
161. Clarke M, Williams AJ. Depression in woman after perinatal death. Lancet 1987; 1:916-917.
162. Banglow P. Postpartum mental illness: detection and treatment. En: Sciarra JJ Gynecology and Obstetrics. Philadelphia. Harper & Row Publishers. 1987; 2-96:1-3
163. Jenkins R, Clare AW. Las mujeres y las enfermedades mentales. Br Med J (Ed Esp) 1988; 1:7-8.
164. Quadagno DM, Dixon LA, Denney NW, Buck HW. Postpartum moods in men and women. Am J Obstet Gynecol 1986; 154:1018-1023.
165. Zisook S. Cyclic 48-hour unipolar depression. J Nerv Ment Dis 1988; 176:53-56.
166. Metz A, Sichel DA, Goff DC. Postpartum panic disorder. J Clin Psychiatry 1988; 49:278-279.

167. Gotlib IH, Whiffen VE, Mount JH, Milne k, Cordy N. Prevalence Rate and demographic characteristics associated with depression in pregnancy and the postpartum. *J Consul Clin Psychol* 1989; 2:269-274.
168. Garvey MJ, Tuason VB, Lumry AE, Hoffmann NG. Occurrence of depression in the postpartum state. *J Affective Disord* 1983; 5:97-101.
169. Frank E, Kupfer DJ, Jacob M, Blumenthal SJ, Jarret DB. Pregnancy-related affective episodes among women with recurrent depression. *Am J Psychiatry* 1987; 144:288-293.
170. Troutman BR, Cutrona CE. Nonpsychotic postpartum depression among adolescent mothers. *J Abnorm Psychol* 1990; 99:69-78.
171. Guzmán A, Segura L, Panduro JG. Psychological reaction due to failure using the Lamaze method. *Int J Gynaecol Obstet* 1985; 23:343-346.
172. Cutrona CE, Troutman BR. Social support, infant temperament and parenting self-efficacy: a mediational model of postpartum depression. *Child Dev* 1986; 57:1507-1518.
173. Alder E, Bancroft J. The relationship between breast feeding persistence, sexuality and mood in postpartum women. *Psychol Med* 1988; 18:389-396.
174. O'Hara MW, Rehm LP, Campbell SB. Postpartum depression. A role for social network and life stress variables. *J Nerv Ment Dis* 1983; 171:336-341.
175. O'Hara MW. Social support, life events and depression during pregnancy and the puerperium. *Arch Gen Psychiatry* 1986; 43:569-573.

176. Gordon RE, Gordon KK, Gordon-Hardy, L Hursch CJ, Reed KG. Predicting postnatal emotional adjustment with psychosocial and hormonal measures in early pregnancy. *Obstet Gynecol* 1986; 155:80-82.
177. Kendell RE. Emotional and physical factors in the genesis of puerperal mental disorders. *J Psychosom Res* 1985; 29:3-11.
178. Dimitrovski L, Perez-Hirshberg M, Itskowitz R. Depression during and following pregnancy: quality of family relationships. *J Psychol* 1987; 121:213-218.
179. Harvey Y, McGrath G. Psychiatric morbidity in spouses of women admitted to a mother and baby unit. *Br J Psychiatry* 1988; 152:506-510.
180. Kendell RE, Mackenzie WE, West C, McGuire RJ, Cox JL. Day-to-day mood changes after childbirth: further data. *Br J Psychiatry* 1984; 145:620-625.
181. Fuentes I, Mateu C, Miquel M, Garcia Merita M. Temas de psicodiagnóstico:(1) Aspectos basicos. Valencia. Nau LLibres 1989; 1-39.
182. Spielberguer CD, Gorsuch RL, Lushene RE. STAI Manual for the State-Trait Anxiety Inventory(Self-Evaluation Questionnaire). Palo Alto California. Consulting Psychologists Press, 1970.
183. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo, Manual. Madrid. TEA Ed. 1982.
184. Cattell RB. Description and measurement of personality. Yorkers N Y. World Book Co 1946.

185. Beck AT, Steer RA. Internal consistencies of the original and revised Beck Depression Inventory. *J Clin Psychol* 1984; 40:1365-1367.
186. Beck AT, Steer RA, Garbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clin Psychol* 1988; 8:77-100.
187. Ruiz JA, Bermúdez J. Consideraciones en torno al Beck Depresión Inventory como instrumento de identificación de sujetos depresivos en muestras subclínicas. *Evaluación Psicológica* 1989; 5(3):255-272.
188. Garcia-Hurtado J. Evaluación de la depresión. En: Fernandez-Ballesteros R. *Evaluación conductal hoy. Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud.* Madrid, Piramide 1994; 388-425.
189. Sociedad Americana de Psiquiatría. *Manual diagnóstico y estadístico.* Barcelona. De Masson. 1983; 1-251.
190. Beck AT. An inventory for measuring depression. *Arch of General Psychiatry* 1961; 4:561-571.
191. Lubin B, Larsen RM, Matarazo JD. Patterns of psychological test usage in the United States:1935-1982. *American Psychologist* 1984; 39:451-454.
192. Butcher JN. *New developments in the use of the MMPI* Minneapolis University of Minnesota Press 1979.
193. Rojo L, Balaguer I, Garcia-Merita M, Rojo J, Livianos L, Rojo M. El MMPI como instrumento de diagnóstico. *Millans* 1983; 8:47-63.
194. Garcia-Merita M, Balaguer I, Ibañez E. Problemas de validez en la escala de depresión del MMPI.

Revista de Psicología General y Aplicada 1984;
39:311-341.

195. Garcia-Merita M, Fuentes I, Miquel M, Rojo H. El MMPI en la evaluación de la esquizofrenia: un nuevo enfoque. Anales de Psiquiatría 1992; 8(7):253-257.

196. Nelson LD. Measuring Depression in a Clinical Population Using the MMPI. J Consult Clin Psychol 1987; 55:788-790.

197. Hunsley J, Hanson RK, Parker KL. A summary of the reability and stability of MMPI scales. J Clin Psychology 1988; 44:44-46.

198. Hathaway SR, McKinley JC. Cuestionario de Personalidad MMPI. Manual. Madrid. TEA Ediciones. 1986.

199. Monleón J, Díez E, Domenech A, Minguez J. Diseño experimental. En: Monleón Alegre J. La perinatología como ayuda a la prevención de la subnormalidad. Valencia. Ed Fundación R Aveses. 1984;67-81.

200. Hapgood CC, Elkind GS, Wright JJ. Maternity blues: phenomena and relationship to later postpartum depression. Aust NZ J Psyquiatry 1988; 22:299-306.

201. Mc Gill R, Tukey W, Larsen WA. Variation of box plot. Am Stat 1978; 32:12-16.

202. Dominguez R. Distocia mecánica del periodo expulsivo del parto. Evolución postnatal y desarrollo psicomotor del recién nacido. Tesis Doytoral. Universidad de Valencia, Facultad de Medicina. 1990; 1-190.

203. Mayer JM. Assessment of depression. En: P McReynolds. Advances in psychological assessment. S Francisco 1977.
204. Metropolitan Life Insurance Co. Maternal Mortality United States, Canada and Western Europe. Stat Bull Metropol Life Ins Co June 1972; 53:3-10.
205. Haas-Posthuma JH. Perinatale sterfte in Nederlande. Van Gorcum, Assen 1963.
206. Querec L, Spratley E. Characteristics of Births, United States, 1973-1975, US Dept of Health, Education and Welfare publication No. (PHS)78-1908. Hyattsville, MD. National Center for Health Statistics. 1978.
207. Lyon AJ, Clarkson P, Jeffrey Y, West GA. Effects of ethnic origin of mother on fetal outcome. Arch Dis Child 1994; 70:40-43.
208. Kirkley-Best E, Kellner KR. The forgotten grief: a review of the psychology of stillbirth. Am J Orthopsychiatry 1982; 52:420-429.
209. Mallet B, Vialettes B. Gestational Diabetes. Diabetes and metabolisme 1990; 16:172-183.
210. Diez JJ, Grande C, Pallardo LF. Detection of gestational diabetes with the 50 gram glucosa test: prevalence and relationship with to factors. Med Clin (Barc) 1989; 93:41-45.
211. Montañana V. Evolución a corto plazo de la diabetes gestacional y la insulinossecreción estimulada por glucosa y glucagon en pacientes con antecedentes de diabetes gestacional. Tesis Doctoral. Universidad de Valencia, Facultad de Medicina. 1991; 1-185.

212. Gilabert J, Estellés A, Aznar J, Villa P, Galbis M. Soluble fibrin monomer complexes and other hemostatic parameters in patients with intrauterine fetat death. *Ginecol Obstet Invest* 1985; 19:82-88.
213. Theut SK, Zaslow MJ, Rabinovich BA, Bartko JJ, Morihisa JM. Resolution of parenteral bereavement after a perinatal loss. *J Am Acad Child Adolec Psychiatry* 1990; 29:521-525.
214. Englemann P, Barau G. Mort in utero: accompagnement a la mere. *Rev Infirm* 1989; 39:61-62.
215. Stack JM. Stillbirth. *Am Fam Psysician* 1987; 35: 117-124.
216. Wyler J. Grieving alone: a single moter's loss. *Issues Compr Pediatr Nurs* 1989; 12:299-302.
217. O'Hara MW, Zekoski EM, Philipps LH, Wright EJ. Controlled prospective study of pospartum mood disorders: Comparison of childbearing and nonchildbearing women. *J Abnorm Psycol* 1990; 99:3-15.
218. Grifol R. Evaluación del efecto de la Psicoprofilaxis Obstétrica en el proceso de embarazo, parto y puerperio. Tesis Doctoral. Universidad de Valencia, Facultad de Medicina. 1991; 1-353.
219. Grifol R, Martinez J, Soriano J, Royo I, Minguez J, Monleón J. Ansiedad y actitud ante el parto tras el curso de profilaxis obstétrica. *Acta Ginecol* 1994; 2:14-19.
220. Grifol R, Martinez I, Soriano J, Dominguez R, Monleón J. Efecto de la psicoprofilaxis obstétrica sobre el desarrollo clínico y psicológico del parto y puerperio. *Act Obstet Ginecol* 1993; 5:285-290.

221. Pons D. Temas de Psicodiagnóstico nº 7: La evaluación de la ansiedad. Valencia. Nau Llibres. 1993; 1-53.