

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a large, circular emblem in the background. It features a central figure of a woman in profile, surrounded by various heraldic symbols including a crown, a castle, a lion, and a knight on horseback. The Latin motto "CETERAS ORBIS CONSPICUA CAROLINA ACADEMIA COACTIVATA INTER AMATENSIS" is inscribed around the perimeter of the seal.

**ESTADO DEPRESIVO DE LAS MUJERES POST
ABORTO Y POST MUERTE FETAL**

REYNA PAOLA DE LA CRUZ MOLINA

Tesis

**Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas**

**Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia
Para obtener el grado de
Maestra en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia**

Enero 2020



Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

PME.OI.149.2019

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

El (la) Doctor(a): Reyna Paola de la Cruz Molina

Registro Académico No.: 201590081

No. de CUI : 1998108340101

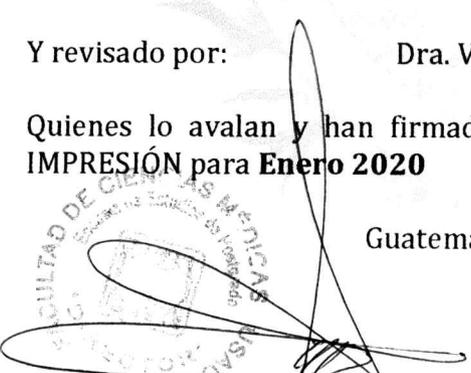
Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro(a) en Ciencias Médicas con Especialidad en **Ginecología y Obstetricia**, el trabajo de TESIS **ESTADO DEPRESIVO DE LAS MUJERES POST ABORTO Y POST MUERTE FETAL**

Que fue asesorado por: Dra. Claudia María de León, MSc.

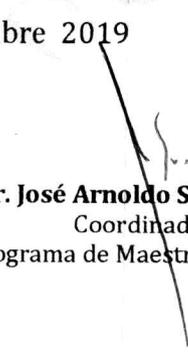
Y revisado por: Dra. Vilma Gabriela Lémus Saéñz, MSc.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para **Enero 2020**

Guatemala, 15 de noviembre 2019


Dr. Alvaro Giovany Franco Santisteban, MSc.

Director
Escuela de Estudios de Postgrado


Dr. José Arnoldo Sáenz Morales, MA

Coordinador General
Programa de Maestrías y Especialidades

/ce

Ciudad de Guatemala, 03 de septiembre de 2019

Doctora,

Vilma Gabriela Lemus

Docente Responsable

Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia

Hospital Roosevelt

Presente.

Respetable Dra.

Por este medio informo que he **asesorado** a fondo el informe final de graduación que presenta la Doctora **REYNA PAOLA DE LA CRUZ MOLINA**, Carné 201590081, de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Gineco-Obstetricia, el cual se titula **“ESTADO DEPRESIVO DE LAS MUJERES POST ABORTO Y POST MUERTE FETAL”**.

Luego de la asesoría, hago constar que la **Dra. De la Cruz Molina**, ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el **dictamen positivo** sobre dicho trabajo y confirmo está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente,



*Dra. Claudia M. De León L.
Ginecóloga - Obstetra
Col. 10.005*

Dra. Claudia María de León MSC.

Asesor de Tesis

Guatemala, 03 de Octubre de 2019

Doctor

Oliver Adrián Valiente Hernández

Coordinación General de Maestrías

Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia

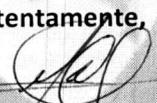
Presente

Estimado Doctor Valiente:

Por este medio informo que he revisado a fondo el informe final de graduación que presenta la doctora REYNA PAOLA DE LA CRUZ MOLINA Carné, 201590081 de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con especialidad en Ginecología y Obstetricia, el cual se titula **"ESTADO DEPRESIVO DE LAS MUJERES POST ABORTO Y POST MUERTE FETAL"**.

Luego de revisar, hago constar que la Doctora REYNA PAOLA DE LA CRUZ MOLINA ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo, por lo anterior emito dictamen positivo sobre dicho trabajo y confirmo está listo para pasar a revisión en la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente,


Dra. Vilma Gabriela Lémus Saenz
Ginecología y Obstetricia
Colegiado 17,766

Dra. Vilma Gabriela Lémus Saenz MSc.

Revisor de Tesis





ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

A: **Dra. Vilma Gabriela Lémus Sáenz, MSc.**
Docente Responsable
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y
Obstetricia
Hospital Roosevelt

Fecha Recepción: 20 de septiembre 2019

Fecha de dictamen: 23 de septiembre 2019

Asunto: Revisión de Informe Examen Privado

Reyna Paola de la Cruz Molina

"Estado depresivo de las mujeres post aborto y post muerte fetal."

Sugerencias de la Revisión: **Autorizar examen privado.**

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Dr. Mynor Iván Gudiel Morales, MSc.
Unidad de Investigación de Tests,
Escuela de Estudios de Postgrado



Cc. Archivo

MIGM/karin

INDICE

RESUMEN.....	iv
I. INTRODUCCION.....	1
II. ANTECEDENTES	2
III. OBJETIVOS	20
IV. MATERIALES Y METODOS	21
V. RESULTADOS	27
VI. DISCUSIÓN Y ANALISIS	32
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	37
VIII. ANEXOS.....	42

INDICE DE TABLAS

TABLA 1	CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.....	27
TABLA 2	ESTADO DEPRESIVO DE LAS MUJERES ESTUDIADAS.....	29
TABLA 3	MUJERES CON MORBILIDAD PSIQUIATRICA.....	29

INDICE DE GRAFICAS

GRAFICA 1	GRUPO ETÁREO.....	28
GRAFICA 2	PROCEDIMIENTO REALIZADO.....	30

RESUMEN

Introducción: El presente estudio se centra en la evaluación del estado emocional de las pacientes que han sufrido un aborto o una muerte fetal, para identificar el estado depresivo de aquellas mujeres que necesitan de ayuda especializada.

Objetivo: Identificar el estado depresivo de las mujeres que sufren aborto y muerte fetal, en el departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo transversal, la población a estudio son las mujeres embarazadas con diagnóstico de aborto o muerte fetal, ingresadas en el servicio de legrados, en Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt de abril a octubre de 2016. La población estudiada fueron 160 mujeres embarazadas. Los datos se obtuvieron a través de la Escala de duelo perinatal, la cual consta de 33 ítems, clasificados en 3 sub escalas, cada ítem tenía un valor de 1 a 5 puntos; una puntuación igual o mayor a 90 puntos fue sugestiva de morbilidad psiquiátrica.

Resultados: La características epidemiológicas de las mujeres embarazadas estudiadas fueron: mujeres de 13-20 años con un 32%, seguidas del grupo de 21-30 años que representan un 31%; el estado civil de las mujeres embarazadas se determinó que el 41% de las mujeres se encuentran en unión libre, la escolaridad, el 39% cursaron solo estudios de primaria, en cuanto a la ocupación, el 57% de las mujeres estudiadas son amas de casa, el 66% cursaban su primer embarazo, así como primera pérdida en el 93% de los casos; ninguna paciente tenía antecedente de depresión; la edad gestacional en la que ocurre la pérdida, el 38% se encontraban en una edad gestacional entre 38-40 semanas, mientras que el 24% entre las primeras 20 semanas de gestación y se realiza legrado al 72.5% de las pacientes. En cuanto al estudio del estado depresivo, se determinó que el 68% de mujeres se encontraban en duelo activo, el cual es considerado un estado emocional normal el 32% de mujeres se encontraban en estado depresivo, quienes ameritaban manejo especializado.

Conclusiones: Prevalencia de 32% de estado depresivo que amerita manejo especializado en pacientes post aborto o muerte fetal. El cual se describe como aquel estado depresivo a largo plazo, con pérdida de interés en las actividades cotidianas, que llega a causar afectación en la vida cotidiana.

Palabras Clave: Estado depresivo, aborto, muerte fetal, prevalencia, características epidemiológicas.

I. INTRODUCCION

Aborto se define como la pérdida del embarazo en las primeras semanas de gestación, de una forma más específica, se define como pérdida del producto del embarazo antes de las 20 semanas de gestación o un peso fetal menos a 500gr. (1) El aborto es una complicación muy frecuente del embarazo y afecta a un 10-20% de los embarazos reconocidos clínicamente. Representa un complejo de eventos biológicos y psicológicos que afectan la calidad de vida de la persona que lo padece. (2-3)

La muerte fetal se refiere al nacimiento de un feto sin mostrar signos de vida: ausencia de respiración, latidos cardiacos, pulsación del cordón umbilical y ausencia de movimientos de los músculos voluntarios. (4) La tasa de muerte fetal en los Estados Unidos en el año 2004 fue de 6.2 por 1000 nacimientos vivos. La tasa de muerte fetal temprana (20-27 semanas) se ha mantenido estable en aproximadamente 3.2 por cada 1000 nacimientos, mientras que la tasa de muerte fetal tardía (mayor o igual a 28 semanas) se ha reducido de 4.3 a 3.1 por cada 1000 nacimientos. (4)

La depresión es un trastorno del estado de ánimo que se presenta como perturbación e infelicidad que puede ser transitorio o permanente; incluye una variedad de síntomas que afectan principalmente la esfera afectiva. (6) La depresión es el desorden mental más común que afecta a la sociedad y que causa mayor discapacidad en todo el mundo. (7) Luego de un aborto existe una perturbación psiquiátrica de gran magnitud, lo cual debe sensibilizar a los médicos y al público de las necesidades de éstas pacientes, y su abordaje multidisciplinario. (3)

Según el estudio de "Principales indicadores asociados al síndrome post aborto en el sur de Perú" en el año 2008, se estudiaron 308 mujeres, en donde se determinó que el 89% de los casos de abortos causan problemas intrafamiliares, un 78% causa alteraciones en la capacidad laboral y un 75% causa llantos frecuentes en la madre, y hasta el 32% de las madres presentará alucinaciones diurnas. (8)

En el Hospital Roosevelt no se han realizado estudios que indaguen el estado depresivo, la forma de afrontar el duelo, y los factores asociados que afectan a la madre tras la pérdida del embarazo, además no existen guías de atención para brindar un enfoque multidisciplinario a la atención en salud hacia la madre y la familia que sufre pérdida de la gestación.

II. ANTECEDENTES

2.1 EPIDEMIOLOGÍA

Según el Boletín Práctico de la ACOG número 102 publicado en marzo de 2009, se considera que la muerte fetal resulta en 1 de cada 160 partos en los Estados Unidos; y es considerada una de las principales complicaciones del embarazo. Se estima que 25,000 nacidos muertos a las 20 semanas (o más) de la gestación se reportan cada año. (4)

En términos globales, la tasa de muerte fetal en los Estados Unidos en el año 2004 fue de 6.2 por 1000 nacimientos vivos. La tasa de muerte fetal temprana (20-27 semanas) se ha mantenido estable en aproximadamente 3.2 por cada 1000 nacimientos, mientras que la tasa de muerte fetal tardía (mayor o igual a 28 semanas) se ha reducido de 4.3 a 3.1 por cada 1000 nacimientos. (4)

El aborto espontáneo es una de las complicaciones más comunes del embarazo, debido a que se estima que el 15% de los embarazos reconocidos clínicamente y el 30% de los embarazos detectados por medio de pruebas bioquímicas culminarán en un aborto. (5)

2. 2 ABORTO

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define aborto como la expulsión o extracción de un feto o embrión, de su madre, cuyo peso sea de 500 gramos o menos. Este estadio corresponde aproximadamente a 20 semanas de gestación. O bien como la muerte de un feto no viable, a una edad gestacional menor a 20 semanas o un peso menor o igual a 500 gramos. (6)

El término feto se utiliza para describir el producto de la gestación independientemente de la edad gestacional, y embrión se utiliza para describir el producto de la gestación menor o igual a 10 semanas de desarrollo. (6)

La mayor parte de los abortos son tempranos, 80% ocurre las primeras 12 semanas y el 20% restante de la semana 12 hasta la 20; 1% de todas las mujeres presentan un aborto recurrente. (7)

2.3 TIPOS DE ABORTO

- Aborto espontáneo: Se considera el tipo de aborto más común. Aproximadamente uno de cada cinco embarazos reconocidos terminan en aborto espontáneo en el primer trimestre causado por anomalías cromosómicas no viables y un 22% más terminará en un aborto inducido. (8)
- Amenaza de aborto: Se refiere a los casos en los que se ha producido sangrado vaginal y dolor, pero los orificios cervicales están cerrados, pero no se han cumplido los criterios de diagnóstico de aborto espontáneo. Las mujeres con amenaza de aborto son tratadas de manera expectante, hasta que los síntomas desaparecen o avanza a un aborto inevitable, completo o incompleto. El uso de progestágenos para mujeres con amenaza de aborto es controvertido. Se aconseja evitar relaciones sexuales, reposo en cama, evitar levantar objetos pesados, ejercicio extenuante, pero no hay evidencia que esto evite el aborto espontáneo. (9)
- Aborto espontáneo recurrente: se refiere a la presencia de dos abortos consecutivos, o bien tres abortos no consecutivos. (9)
- Aborto inevitable: se refiere a los casos en que el paciente presenta aumento progresivo del dolor, sangrado vaginal, por lo general acompañados de cólicos, y los orificios cervicales están dilatados, o bien ruptura de membranas ovulares. Los productos de la concepción a menudo se pueden sentir o visualizar a través del orificio cervical interno. (10)
- El aborto incompleto: se refiere a los casos en los que están presentes sangrado vaginal y / o dolor, el cuello del útero se dilata, y el producto de la concepción se encuentra dentro del canal cervical en el examen físico, o bien ha ocurrido una expulsión parcial. (10)

- Aborto frustrado se refiere a un aborto en el cual la paciente puede o no presentar síntomas y los orificios cervicales cerrados, pero el feto no presenta vitalidad. El tamaño uterino es menor al estimado por amenorrea. (10)

2.4 MUERTE FETAL

Se considera muerte fetal al nacimiento de un feto sin mostrar signos de vida: carencia de respiración, latidos cardiacos, pulsación del cordón umbilical y ausencia absoluta de movimientos de los músculos voluntarios. (11)

Para definir muerte fetal, en Estados Unidos no hay uniformidad sobre el peso al nacer o los criterios de edad gestacional para muerte fetal, pero se sugiere reportar muerte fetal a:

1. Feto mayor a 20 semanas de gestación y
2. Si hay un peso mayor o igual a 350 gramos en casos que la edad gestacional se desconozca, debido a que el percentil 50 a las 20 semanas de gestación se considera que es 350 gramos. (6)

2.5 CAUSAS DE MUERTE FETAL

La restricción del crecimiento fetal se asocia a un aumento significativo de muerte fetal, además está asociado a fetos aneuploides, infección fetal, tabaquismo materno, hipertensión arterial, enfermedad autoinmune, obesidad y diabetes. (12)

Según Pons y colaboradores, los principales factores de riesgo para muerte fetal son: obesidad, edad materna y tabaquismo. A partir de los 35 años de la madre, tendrá 1.5 veces mayor probabilidad de muerte fetal en comparación con una madre de menor edad, asimismo 2 veces más entre los 40-45 años, y 3 veces más si la madre es mayor de los 45 años. (13)

2.6 ESTUDIO Y DIAGNÓSTICO DE MUERTE FETAL

La muerte fetal puede ocurrir en el contexto de una enfermedad materna o bien por complicaciones obstétricas, que debe ser gestionado, según el caso. La evaluación de la madre debe de iniciar con una adecuada anamnesis y examen físico, indagando profundamente en los factores paternos que sean de mayor relevancia. Posteriormente realizar ecografía para evidenciar la muerte fetal. Si ambos padres lo autorizan realizar

amniocentesis, con la finalidad de realizar estudio citogenético, además de evaluación del tejido placentario. (13)

El diagnóstico de muerte fetal se basa en un examen de ecografía que documenta la ausencia de actividad cardíaca fetal. (14)

2.6.1 Evaluación de laboratorio materno

La evaluación de laboratorio óptimo de las mujeres que han tenido una muerte fetal es controvertida. Se han propuesto muchas listas, pero el más rentable enfoque no se ha determinado. (15)

El enfoque debe ser guiado por clínica, ecográfica y hallazgos histopatológicos y puede incluir: (16)

- Pruebas de función tiroidea,
- Anticoagulante lúpico
- Anticuerpos anticardiolipina,
- Pruebas de función hepática,
- Concentración de fibrinógeno
- La evaluación de trombofilia se obtienen en pacientes en los que existe la sospecha clínica de un trastorno subyacente específico o después del parto para evaluar más muertes fetales inexplicables (es decir, nacidos muertos sin anormalidades microscópicas graves)
- Pruebas serológicas de rutina para la infección es poco probable que sea útil porque muchas mujeres tienen serologías positivas de infecciones previas, que no están relacionados con la muerte fetal. (17)
 - Citomegalovirus (IgM, IgG).
 - toxoplasmosis (IgM, IgG).
 - parvovirus B19 (IgM).
 - Cultivo de Listeria.

2.6.2 Estudios genéticos fetales

No hay consenso en cuanto a cuando se indican los estudios genéticos fetales. Un estudio de la evaluación de un protocolo para el examen post-mortem de los mortinatos concluyó que el examen macroscópico, fotografía, cultivos, radiografía, y estudio bacteriano deben realizarse en todos los casos, mientras que el cariotipo y microscopía podrían ser reservado para nacidos muertos que son anormales en el examen macroscópico. (18) Este enfoque resultaba ser menos costoso que la realización de estos estudios de rutina, pero todavía proporcionaron información adecuada para el consejo genético ya que la prevalencia de las alteraciones del cariotipo es baja (< 2 por ciento), en ausencia de rasgos dismórficos, anomalías de crecimiento, anomalías estructurales, o hidropesía después de la autopsia cuidadosa. Sin embargo, este protocolo podría no detectar algunas anomalías cromosómicas. (19)

Un examen del feto y la placenta se debe realizar y se debe informar a los padres los hallazgos. Si hay una conclusión clara, como un nudo en el cordón umbilical, esto debe ser comunicado. De lo contrario, se aconseja esperar hasta que todas las pruebas y exámenes se han completado antes de tratar de determinar la causa de muerte fetal. (1)

En una alta proporción de pacientes, el estudio de la placenta y el cordón umbilical se encuentran hallazgos de importancia, por tal motivo realizar un estudio exhaustivo tanto macroscópico como microscópico resulta ser sumamente importante. El punto clave de detectar la etiología es el riesgo de recurrencia. Si no se logra determinar, el riesgo empírico es de más o menos el 3%. (13)

2.7 FACTORES DE RIESGO

Factores de riesgo se consideran todos aquellos condicionantes o características propias de cada persona, que por el simple hecho de presentarlo, lo predispone al desarrollo de ciertas complicaciones o condiciones que le pueden afectar la calidad de vida o a la aparición de cierta condición. No es necesario que cumpla todos los factores para el desarrollo de dicha condición. (20)

Los factores de riesgo para aborto y muerte fetal se pueden dividir según el grupo poblacional y la región geográfica que afecta, siendo estos en los países desarrollados y en los países en vías de desarrollo. (20)

En los países desarrollados los factores más prevalentes son la raza no hispana, raza negra, la edad materna avanzada, nuliparidad, con factores modificables: obesidad, tabaquismo y consumo de drogas. (Tabla 1 resume otros factores de riesgo para muerte fetal). (21)

TABLA 1 FACTORES DE RIESGO MATERNOS Y CAUSAS DE MUERTE FETAL

PAISES DESARROLLADOS	PAISES EN VIAS DE DESARROLLO
Anomalías congénitas y de cariotipo	Trabajo de parto prolongado o complicado, asociado a asfixia, infección y lesiones del nacimiento
Restricción del crecimiento y anomalías placentarias	Infecciosas: principalmente sífilis e infecciones por gram negativos
Morbilidad materna: diabetes, lupus eritematoso sistémico, enfermedad renal, desórdenes tiroideos, colestasis del embarazo	Enfermedad hipertensiva y sus complicaciones: preeclampsia, eclampsia
Enfermedad hipertensiva y preeclampsia	Anomalías congénitas
Infecciones como parvovirus B19, sífilis, infección estreptocócica y listeria	Mal estado nutricional
Tabaquismo	Malaria
Embarazos múltiples	Enfermedad de células falciformes

Fuente: Federación internacional de Ginecología y Obstetricia. FIGO. McClure EM, Nalubamba-Phiri M, Goldenberg RI. Stillbirth in developing countries. Intl J. Gynecol Obstet. 2006; 94 (2): 82-90

- Factores raciales: En los Estados Unidos, los hispanos, asiáticos, indígenas y mujeres blancas no hispanas tienen tasas de muerte fetal de menos de 6 por 1000 nacimientos. En contraparte, la tasa de muerte fetal entre mujeres negras es de 11.25 por 1000; lo cual se puede atribuir a tasas más altas de diabetes mellitus, hipertensión, desprendimiento de placenta y ruptura prematura de membranas. (22)
- Comorbilidades: Las principales comorbilidades que contribuyen de manera significativa a la muerte fetal son: Diabetes pre gestacional e hipertensión arterial. Mujeres con diabetes tienen 5 veces más riesgo de muerte fetal. Además también cabe resaltar que los antecedentes de trombo embolismo o múltiple trombofilias

tanto hereditarias como adquiridas juegan un papel importante en la aparición de muerte fetal. (22)

- **Obesidad:** Esta definida por el índice de masa corporal, el cual es la relación del peso en Kilos con la talla al cuadrado. Un índice de masa corporal igual o mayor a 30, se asocia a un mayor riesgo de muerte fetal temprana como tardía. Las mujeres sin obesidad tienen un riesgo de 5.5/1000 de muerte fetal, mientras que 8/1000 en mujeres con IMC entre 30 a 39.9 y 11/1000 para un IMC 40. (23) El riesgo de muerte fetal en obesas aumenta proporcionalmente según la edad gestacional. La obesidad continúa siendo un factor de riesgo independiente de muerte fetal, incluso después de controlar el tabaquismo, la diabetes y la preeclampsia. (24)
- **Gestaciones múltiples:** La tasa de muerte fetal entre las gestaciones múltiples es cuatro veces mayor que entre los hijos únicos (19.6/1000). Dichas tasas de muerte fetal se deben a complicaciones específicas de las gestaciones múltiples como síndrome de transfusión gemelo-gemelo. (25)
- **Edad materna mayor a 35 años:** Mayor edad materna se asocia a un mayor riesgo de muerte fetal tanto en nulíparas como en multíparas. (26)
La mayor parte de muertes fetales en mujeres mayores de 35 años se deben principalmente a anomalías congénitas y cromosómicas letales. Existe una interacción entre el primer nacimiento y la edad materna, lo cual coloca a las mujeres primíparas de más edad en un mayor riesgo de muerte fetal. Existe un riesgo estimado de muerte fetal de 1 en 116 en una mujer nulípara de 40 años de edad, después de las 37 semanas de gestación en comparación con 1 en 304 en una mujer multípara de la misma edad. (27)
- **Antecedentes obstétricos:** Mujeres quienes en embarazos anteriores han presentado complicaciones como muerte fetal, restricción del crecimiento intrauterino, parto prematuro, diabetes gestacional o preeclampsia tienen un mayor riesgo de muerte fetal en los embarazos subsiguientes. (28)

2.8 TRATAMIENTO

2.8.1. Aborto

El manejo de una paciente que presenta amenaza de aborto es tratamiento expectante, aunque está documentado que está indicado el uso de relajantes del músculo liso como

tocolíticos y beta agonistas. Se realizará ultrasonido semanal y seguimiento hasta que la amenaza se haya resuelto, o en caso contrario se haya avanzado a un aborto incompleto, completo o frustrado. Por ello el control semanal de ultrasonido permite evidenciar la vitalidad del feto o detectar oportunamente la pérdida del producto de la gestación. (29)

El reposo en cama, hidratación, abstinencia de ejercicio físico extenuante, relaciones sexuales o sostener objetos pesados, puede recomendarse, pero no hay evidencias de su contribución para controlar la amenaza de aborto. (29)

Las mujeres con un aborto inevitable, aborto retenido o incompleto se pueden manejar con cirugía (dilatación y curetaje) o medicamentos (misoprostol) las dos posibles rutas a seguir son: evacuación uterina o bien conducta expectante. La elección del método de tratamiento depende principalmente de la preferencia del paciente. (27)

Se sugiere el tratamiento quirúrgico para las mujeres que no quieren esperar a que un embarazo evolucione de forma espontánea o se brinde la evacuación con medicamento y en quienes desean evitar la experiencia del dolor y sangrado que acompaña al paso de los productos de la concepción. (27)

Además, se requiere la evacuación quirúrgica para las mujeres con sangrado abundante o sepsis intrauterina en los que el retraso del procedimiento podría ser perjudicial. También se requiere para las mujeres con contraindicaciones para el misoprostol o que tienen comorbilidades médicas y necesitan un método controlado de evacuación uterina en un hospital (por ejemplo, coagulopatía). (25)

Por otro lado, algunas mujeres prefieren evitar la cirugía y la anestesia. Esto puede ser debido a una preocupación sobre los riesgos o puede ser debido a una preferencia para pasar el embarazo sin instrumentación. Para estas mujeres, las opciones incluyen ya sea la conducta expectante o la evacuación con medicamento. Algunas mujeres prefieren la medicación en lugar de la conducta expectante para acelerar el proceso y, potencialmente, aumentar la probabilidad de éxito. Otras mujeres pueden preferir evitar la medicación. (30)

La cirugía, la medicación y el tratamiento expectante tienen una eficacia comparable para la evacuación uterina en mujeres con un aborto involuntario del primer trimestre. Esto se

ha demostrado en las revisiones sistemáticas de los ensayos aleatorios de mujeres con pérdida o aborto del primer trimestre. (31)

Evacuación uterina quirúrgica tiene varias ventajas sobre otros métodos, incluyendo: un tiempo más corto a la finalización de tratamiento. Las revisiones sistemáticas de ensayos aleatorios han encontrado que la evacuación completa dentro de las 48 horas es más probablemente con la cirugía que el tratamiento médico y es más probable que la conducta expectante. El tratamiento quirúrgico también reduce el riesgo de ingresos hospitalarios no planificados y necesidad de tratamiento posterior. (31)

La cirugía tiene el potencial de complicaciones operatorias, pero éstos se producen con poca frecuencia con dilatación y curetaje. En el ensayo MIST, hubo una incidencia 1-2 por ciento de las complicaciones quirúrgicas y 2 a 3 por ciento incidencia de infección para los tres grupos. Las transfusiones de sangre se requieren en un 2 por ciento de las mujeres en el grupo de manejo expectante, un 1 por ciento en el grupo de medicación, y ningún paciente en el grupo de cirugía. En cuanto a los futuros resultados reproductivos, a los cinco años, no hubo diferencia significativa en las tasas de natalidad entre los tres grupos. (7)

2.8.2 Inducción de la pérdida del tercer trimestre

En casos que la pérdida ocurra de forma tardía, se recomienda inducir el trabajo de parto con oxitocina. Si el cuello uterino es desfavorable (puntuación Bishop ≤ 6 , y la mujer no tiene una cicatriz histerotomía anterior, se está de acuerdo con las recomendaciones de una guía desarrollada para una reunión de expertos que recomienda el uso de misoprostol 25 a 50 mcg por vía vaginal, que se repite cada cuatro horas si menos de dos contracciones en 10 minutos para un máximo de seis dosis. (32)

Si la primera dosis de misoprostol no induce a contracciones eficaces (≥ 2 contracciones en 10 minutos), la segunda dosis se puede duplicar a 50 o 100 mcg. La dosis acumulativa máxima no debe exceder 600 mcg en 24 horas. Si la expulsión no se produce en las primeras 24 horas de inducción, el régimen de misoprostol se repitió una segunda vez. La oxitocina puede ser iniciada cuatro horas después de la administración de la última dosis de misoprostol, si es necesario para el aumento del trabajo de parto. (32)

2.8.3 Inducción de la pérdida del segundo trimestre tardía

El misoprostol es el fármaco de elección para la inducción del trabajo de parto con muerte fetal en el segundo trimestre tardía (≥ 22 semanas).³¹ Administramos 200 a 400 mcg de misoprostol por vía vaginal, repitiendo la dosis cada tres horas a una dosis máxima acumulada de 1.400 mcg en 24 horas. El tiempo de la expulsión media es de 10 a 11 horas. (33)

En una revisión sistemática 2009 de 14 ensayos aleatorios sobre el uso de misoprostol para la interrupción del embarazo en la muerte fetal antes del parto, el misoprostol fue de 100 por ciento de efectividad en el logro de evacuación uterina dentro de las 48 horas.³⁶ La mayoría de estos ensayos se realizaron en el segundo trimestre.(33)

Una amplia variedad de dosis de misoprostol (100 a 400 mcg, pero a veces más), vías de administración (oral, vaginal, sublinguales, bucales), y frecuencias de administración (cada 3 a 12 horas) se han reportado para tener éxito. La pauta óptima no ha sido establecida, aunque una revisión Cochrane 2010 sugirió que la administración vaginal fue más eficaz que la administración oral. (33)

2.8.4 Inducción de la pérdida del segundo trimestre temprana

La dilatación y evacuación es probablemente la mejor opción si un clínico con capacidad técnica apropiada está disponible. En un estudio de cohorte retrospectivo, la dilatación y evacuación de muerte fetal entre 14 y 24 semanas fue menos mórbida que la inducción del trabajo de parto, ya que se asocia con un menor riesgo de la infección. (33)

Si un técnico con experiencia no está disponible, el misoprostol se usa para la inducción. El régimen de inducción es la misma que en embarazos sometidos a la interrupción médica sin muerte fetal. Morbilidad materna también es similar. (33)

Es entendible el deseo materno de culminar el embarazo, cuando el diagnóstico de muerte fetal se ha establecido, realizarlo inmediatamente no es una emergencia. Y dado

el caso una dilatación y legrado es de las maneras más rápidas, pero limita el estudio del tejido placentario y fetal. (13)

2.9 PREVENCIÓN

En mujeres sin antecedentes de aborto espontáneo, la asesoría preconcepcional y el control prenatal constituyen los pilares para la prevención de la muerte fetal y aborto espontáneo. (21)

La mayor parte de los abortos no se pueden prevenir, esto se debe a que aproximadamente el 50% de los casos se deben a anomalías cromosómicas. (21)

En la prevención deben incluirse factores de riesgo que son potencialmente modificables y que su alteración pueden influir de forma positiva o negativa para la aparición de abortos espontáneos y muertes fetales; entre ellas se pueden mencionar: asistencia a control prenatal y asesoría preconcepción. En pacientes con un riesgo intermedio de aborto, un meta análisis de 14 ensayos aleatorios, no encontraron beneficio alguno del uso de progestinas. (21)

El uso de micronutrientes como el ácido fólico, >730 mcg/día se asoció a un menor riesgo de aborto involuntario y muerte fetal. Se estima que la administración de ácido fólico, de 400 a 800 mcg/día previo al embarazo se asocia con disminución de los defectos del tubo neural. (21)

Un pilar de suma importancia para prevenir la recurrencia de las pérdidas del embarazo se centra en causar un impacto significativo en los factores modificables de la madre, como son los hábitos alimenticios, actividad física, vicios y manías, así como pérdida de peso. (13)

2.10 CONSECUENCIAS MATERNAS DE ABORTO Y MUERTE FETAL

La pérdida del producto de la concepción es una de los eventos más traumáticos y estresantes en la vida de una madre. Casi la mitad de las muertes fetales tardías suelen ocurrir en embarazos no complicados aparentemente, por lo general ocurren antes de que comience el trabajo de parto, por lo que la mayoría de los padres no están preparados, ni física ni psicológicamente, para esta noticia cuando se les informa que el feto ha muerto. (33)

La familia espera con anticipación un nacimiento feliz lo cual es suplantada por la tristeza, la desesperación, confusión y pérdida, incluida la pérdida de deseo de un embarazo posterior, la pérdida de autoestima como padres, y la pérdida de confianza en la capacidad de producir un niño sano. (34)

Secuelas psicológicas incluyen depresión, trastorno de estrés postraumático y ansiedad, que puede afectar adversamente un embarazo posterior. (35)

En un estudio en el que uno o ambos padres de 31 mortinatos fueron entrevistados dos veces con respecto a sus puntos de vista y experiencias en el proceso de transición después del nacimiento de un niño muerto, los entrevistados describieron seis "cualidades" que resume lo que querían de sus cuidadores de salud:

- Apoyo para cumplir con y separar del bebé
- Apoyo en el caos
- Apoyo en el duelo
- Explicación de la muerte fetal
- Organización de su atención
- Comprensión la naturaleza de la pena (35)

Los médicos deben ser conscientes de estas cuestiones cuando se acercan a los padres durante la situación estresante de una muerte fetal, y deben ser capaces de proporcionar atención centrada en el paciente, debe ser compasivo y con atención psicosocial. (35)

Apoyo a los padres y la creación de una relación de confianza con ellos puede afectar la manera en que responden al duelo. Sin embargo, el mejor enfoque es poco claro, ya que la eficacia de las diversas formas de intervención no ha sido evaluada con rigor, sobre todo en los ensayos comparativos. El proceso de consejería en los casos de muerte fetal tiene varias etapas cronológicamente distintas:

- En el momento del diagnóstico
- Al hacer planes para el parto
- En el parto e inmediatamente después del parto
- Durante las semanas después del egreso y primera visita post parto

- En una cita cuando los resultados de laboratorio y patología están disponibles
- Cuando la paciente, considera buscar otro embarazo (35)

2.11 DUELO PERINATAL

Según Oviedo-Soto y colaboradores en el año 2009 realizaron la descripción de las bases teóricas del duelo perinatal, secundario al nacimiento y/o aborto afrontado por la madre. Antes se consideraba que la pérdida de un embarazo no provocaba mayor morbilidad psicológica y emocional en la madre como lo es la muerte de un adulto. (35)

La muerte de un hijo ya sea durante el embarazo o al momento del nacimiento es un evento devastador, para la familia, pero en especial para la madre, quién creó expectativas y esperanzas sobre su futuro bebé. Por lo cual es de suma importancia la creación de grupos de apoyo y autoayuda para cooperar en la superación de dicha situación. (35)

El duelo es un proceso normal, secundario a la pérdida de un ser amado, que implica una serie de procesos complejos que afectan la vida en todos sus ámbitos, psicológicos, emocionales, somáticos y de comportamiento, los cuales se van superando con el tiempo mientras se van perdiendo gradualmente los lazos emocionales que los unían al ser amado. (35)

2.11.1 ESCALA DE DUELO PERINATAL

La escala de duelo perinatal, también llamada: Perinatal Grief Scale (PGS) es una escala tipo Likert que consta de 33 afirmaciones con cinco probabilidades de respuesta. Los reactivos están distribuidos en tres subescalas, de 11 reactivos cada una:

- Duelo activo, que corresponde a las reacciones normales del duelo
- Dificultad para afrontar la pérdida, que describe el estado de salud mental, incluyendo síntomas depresivos, sentimientos de culpa, falta de apoyo social y problemas en la relación de pareja
- Desesperanza, que indica síntomas que perduran en el tiempo y que dependen, entre otras cosas, de los recursos de afrontamiento de las mujeres que experimentan el duelo. (31)

Cada una de las escalas tiene un puntaje mínimo de 11 puntos y uno máximo de 55. La suma de las tres subescalas oscila entre 33 y 165 puntos; un puntaje de 90 o mayor indica morbilidad psiquiátrica. (34)

Motta y Sánchez en el año 2009, validaron la escala para ser aplicado a mujeres mexicanas. La validación consistió en el método de traducción-retraducción con el propósito de obtener una versión española no sólo gramaticalmente correcta sino que considerara las diferencias culturales. Primeramente, se realizaron un trabajo de traducción profesional del inglés al español de la versión corta de la PGS publicada por Potvin et al. (1989), después se hicieron adaptaciones a la sintaxis y a la gramática del idioma español, y se tradujo nuevamente al inglés, verificando que se hubieran mantenido los conceptos originales (véase anexo 1). La versión en español se piloteó en una muestra de 15 mujeres que habían sufrido la muerte de sus bebés en la etapa perinatal. Posteriormente, se realizó una entrevista con cada una de ellas a fin de conocer sus reacciones e impresiones respecto de las instrucciones del instrumento, las afirmaciones y las opciones de respuesta. Durante el piloteo se observó que a las entrevistadas se les dificultaba contestar utilizando las opciones de respuesta originales (totalmente de acuerdo, de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, en desacuerdo y totalmente en desacuerdo), debido al tipo de afirmaciones que contiene la escala, por lo que fueron sustituidas por: definitivamente sí, probablemente sí, probablemente no y definitivamente no. Para obtener las características psicométricas del instrumento se realiza inicialmente un análisis de la distribución de frecuencias. (34)

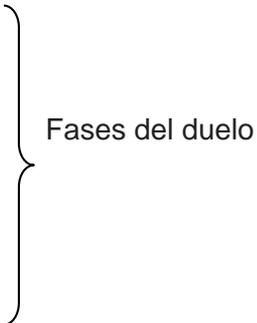
2.12 DUELO MATERNO

Según Ewton, el manejo integral de la madre que sufre un duelo es fundamental, debido a que la respuesta al duelo por un hijo causa un efecto más fuerte y dramático e intenso, que si la muerte fuera de un familiar adulto. Esto se debe a dos causas principalmente: 1. La madre nunca conoció realmente a su bebé y los lazos afectivos se crearon desde el momento que se enteró del embarazo y fue incrementando mientras veía su cuerpo cambiar y sentir sus movimientos. 2. La autoestima materna disminuyó tanto, que la madre ya no confía en la capacidad de su cuerpo de ser madre, o bien en su capacidad de permitir el nacimiento de una hijo vivo y sano. (35)

2.12.1 ATENCIÓN DE LA MADRE CON MUERTE FETAL

Una vez que la muerte fetal ha sido confirmada por ecografía, la madre y la pareja deben ser informadas en forma personal, lo más pronto posible, de forma empática y sincera, en un entorno donde ella o ellos pueden reaccionar de forma privada. El momento del diagnóstico es a menudo un evento muy doloroso para los familiares, pero principalmente para los padres, así como para la persona encargada de transmitir la información. (33)

Comenzando en el momento del diagnóstico, las mujeres / parejas que pierden un bebé pueden experimentar las seis etapas del duelo que experimentan las personas cuando se les dice que tienen una enfermedad terminal: (33)

- negación
 - ira
 - negociación
 - depresión
 - aceptación
 - sublimación
- 
- Fases del duelo

Las mujeres o bien las parejas suelen preguntar: ¿por qué sucedió la muerte?, ¿qué hacemos ahora?, y ¿Va a volver a ocurrir? A menos que está claro por qué el feto ha muerto, las respuestas a los "por qué" y "va a suceder de nuevo" no puede ser dado. Los padres deben ser informados en el momento del diagnóstico inicial de que el proveedor intentará responder a estas preguntas cuando los exámenes necesarios se hayan completado y cuando toda la información pertinente ha sido revisada, pero que esto tomará tiempo, posiblemente semanas o incluso meses, dependiendo de los estudios. (33)

- EN SALA DE PARTO: Durante el parto, si un nombre ha sido dado, el bebé debe ser referido por su nombre. (33)
- AYUDAR A LOS PADRES A CONECTARSE Y SEPARARSE DE SU HIJO: El contacto entre las madres / padres y mortinato se piensa que es importante porque la calidad de la conexión (es decir, el proceso que establece un vínculo emocional)

a una persona fallecida puede afectar la manera en la aceptación de su pérdida.
(33)

- **COORDINACIÓN DEL CUIDADO POSPARTO:** El proveedor de salud de la paciente es generalmente responsable de la coordinación de la atención después de la muerte fetal, pero puede no ser la persona principal en proporcionar asesoramiento. El consejero puede ser una persona o parte de un equipo con experiencia específica: obstetra, especialista maternal fetal, especialista en medicina, neonatólogo, patólogo, consejero de la genética, médico enfermera, trabajador social. . Los trabajadores sociales a menudo ayudan a la familia a hacer los arreglos para el entierro o la disposición del cuerpo. Referencia para la consulta genética es particularmente apropiado cuando se han identificado las malformaciones congénitas. (33)
- **APOYO EMOCIONAL:** Apoyo emocional ayuda a las personas a identificar y expresar sus sentimientos, lo que puede involucrar a la ira, la culpa, la culpa, el miedo, la ansiedad, la tristeza, el dolor, y el fracaso. Afligidos padres han expresado el deseo personal para apreciar la gravedad de su pérdida, ofrecer comprensión y apoyo, y les permiten hablar de la muerte. Un enfoque adecuado consiste en la comunicación empática, honesta entre los padres y el personal del hospital que reconoce las necesidades específicas y las prácticas culturales de las madres individuales / parejas y las diferentes necesidades de la madre y el padre. Después de una pérdida, independientemente de la edad gestacional, los padres y familiares se enfrentan a cambios emocionales y psicológicos como cualquier muerte, posterior a ello empiezan su proceso de afrontamiento y aceptación. (1)
- **ALOJAMIENTOS POSPARTO:** Algunas mujeres que dan a luz a un bebé muerto no quiere estar cerca de pacientes con recién nacidos sanos en una unidad de post-parto normal, y el alojamiento se deben hacer para acceder a sus deseos de ser admitidos después de la entrega a una unidad donde no hay nacidos vivos. Estas cuestiones deben ser discutidos con la mujer antes de su traslado fuera de la unidad de parto y el alumbramiento. (33)

- **POSTERIOR AL EGRESO:** El tiempo inmediato y mediato al egreso hospitalario suele ser un proceso de adaptación muy difícil para las madres y sus familias. Debido a que ellos han experimentado un evento traumático importante, además que tienen que aceptar el hecho de que no tienen un bebé vivo, sino también se enfrentan al momento de informar a los demás de su pérdida, puede que tengan que hacer frente a los preparativos que pueden haber hecho a la espera del bebé en la casa, y que necesitan para hacer frente a su dolor en relación con las personas de su entorno. (40)

Muchas familias después de una pérdida, sienten un impulso intenso de búsqueda de un nuevo embarazo, pero no es recomendable tan pronto debido a que pueden padecer de ansiedad intensa o bien ambivalencia o bien poco apego emocional. (1)

- **DUELO:** Las personas encargadas de cuidar de la mujer deben ser conscientes de la naturaleza de la pena y el duelo. Duelo puede precipitar o exacerbar los trastornos de las tendencias suicidas y mentales como el dolor, la depresión mayor, trastornos de ansiedad y el trastorno de estrés postraumático. (33)

El duelo complicado o traumático describe un síndrome en el cual el individuo no logra volver al nivel de bienestar en el que él vivió antes de la pérdida. Se trata de la persistencia de reacciones (por ejemplo, dificultad para aceptar la muerte, la negación de la muerte, la ausencia de dolor, la búsqueda, la preocupación por los pensamientos de la persona fallecida, la evitación de recordatorios de la muerte fetal. La paciente puede presentar ciertas conductas anormales y presentar alucinaciones con los fallecidos, tanto auditivas como visuales de la persona que ha muerto. El duelo complicado puede conducir a la prolongada disfunción; por lo cual estos pacientes deben ser referidos a un psiquiatra para su evaluación pronta y oportuna. (33)

- **GRUPOS DE APOYO:** Los grupos de apoyo o también llamados grupos tanatológicos, pueden ser útiles para algunos padres, para detectar sentimientos y conductas patológicas que pueden afectar a la familia. (35)

En un estudio, los participantes en afirmaron que el grupo ayudó a los miembros a reconocer sus puntos en común, recuerdan sus bebés anteriores, desarrollar relaciones afectuosas, y aprender nuevas habilidades de afrontamiento. Los grupos de apoyo para padres que han perdido un feto o niño existen en algunos hospitales o en la comunidad. (1)

A pesar que el personal de salud tiene formación en cuanto a diagnóstico, manejo y tratamiento del aborto, muy pocas veces se les forma y guía para el abordaje de estas situaciones. Y es de tener en cuenta que un mal manejo de información y de abordaje al momento de brindar atención a estas madres, las puede conllevar al desarrollo de patología psiquiátrica en el corto y mediano plazo. (35)

Las dimensiones clave para el soporte emocional a la paciente que sufre un aborto incluyen, el soporte emocional, pertenencia a una red de apoyo social, aumento de la autoestima, asistencia médica y adecuada información y orientación; siendo las principales fuentes de apoyo: la familia, los amigos y la pareja. (40)

III. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

3.1.1 Identificar el estado depresivo de las madres que sufren aborto y muerte fetal en el departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

3.2.1 Describir las características epidemiológicas de las madres post aborto y post muerte fetal.

3.2.2 Identificar el grupo étnico con mayor frecuencia de aborto y muerte fetal.

3.2.3 Cuantificar la prevalencia de depresión en las madres que presentan abortos y muertes fetales.

IV. MATERIALES Y METODOS

4.1 DISEÑO DE ESTUDIO:

Estudio descriptivo transversal, realizado en el departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt de abril a octubre de 2016.

4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA:

4.2.1 Población:

Mujeres embarazadas que asistieron al Hospital Roosevelt con diagnóstico de muerte fetal o aborto, ya sea por clínica o por ultrasonido.

4.2.2 Sujeto:

Mujeres embarazadas ingresadas al servicio de legrados post aspiración manual endouterina o legrado por aborto o muerte fetal.

4.2.3 Calculo de la muestra:

En el año 2014 la población de mujeres con diagnóstico de muerte fetal o aborto fue de 648 pacientes, las cuales fueron ingresadas a los servicios de labor y partos o legrados. A partir de este dato se calculó la muestra utilizando la fórmula:

$$n = \frac{N(P)(1-P)}{(N-1)(LE^2) + (1-P)}$$

En donde:

N= Población total

n= Tamaño de la muestra

LE= Error de estimación= 0.05

1= Constante

P= 0.5

Obteniendo una muestra de 160 mujeres embarazadas.

La selección de la muestra fue aleatorizada, iniciando al azar con un dado, a partir de allí, se tomó el número 1 de cada cuatro, es decir de un listado ordenado, se seleccionó el orden: 1, 5, 9, 13, 17, así sucesivamente, hasta completar la muestra de 160 mujeres embarazadas.

4.2.4 Criterios de Inclusión:

- Mujeres embarazadas con diagnóstico de muerte fetal o aborto, clínicamente o por ultrasonido.
- Mujeres embarazadas que acepten participar en el estudio y firmen consentimiento informado.
- Mujeres embarazadas ingresadas en el servicio de legrados.
- Mujeres embarazadas a quienes se les realizó AMEU o LIU.

4.2.5 Criterios de Exclusión:

- Mujeres embarazadas que soliciten egreso contraindicado.
- Mujeres embarazadas que no hablen español.
- Mujeres embarazadas que padezcan retraso mental o comorbilidad psiquiátrica.

4.3 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE		DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDICIÓN
Estado depresivo		Enfermedad o trastorno consiste en profunda tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima, depresión. (3)	Proporcionado por la paciente según escala. Escala, ver anexo 1	Cualitativa	Nominal	ESCALA DE DUELO PERINATAL <ul style="list-style-type: none"> • Duelo activo • Dificultad para afrontar la pérdida • Desesperanza
CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLOGICAS	EDAD	Tiempo de vida transcurrido en años desde el nacimiento	Reportado por la paciente en años	Cuantitativa	Intervalo 13-20 años 21-30 años 31-40 años	Años
	ESTADO CIVIL	Situación de las personas, determinada por sus relaciones de familia, proveniente de matrimonio o parentesco.	Reportado por la paciente	Cualitativa	Nominal	Casada Soltera Unida Viuda Divorciada
	ESCOLARIDAD	Tiempo durante el cual una persona asiste a un centro de enseñanza	Reportado por la paciente	Cuantitativa	Nominal	Analfabeta Primaria Secundaria Diversificado Universitaria
Pérdida gestacional		Muerte de un feto intraútero, independientemente de la edad gestacional. (1)	Determinado por el médico, según: Ausencia respiración, No latidos cardiacos, No pulsación de cordón, No movimientos. Independiente de edad gestacional	Cualitativa	nominal	Comprendido entre: Aborto (menor a 20 semanas de gestación) Muerte fetal (mayor a 20 semanas de gestación hasta el término)

Fuente: propia

4.4 PROCEDIMIENTOS:

Primera etapa: Obtención aval institucional.

- Autorización por parte de la Jefatura de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt.
- Autorización por el Comité de Docencia e Investigación del Hospital Roosevelt

Segunda etapa: Validación del instrumento de recolección de datos.

- Se solicitó asesoría al Departamento de Salud Mental del Hospital Roosevelt para revisión del instrumento de recolección de datos.
- Antes del inicio de la recolección de datos, se seleccionó a 10 mujeres embarazadas voluntarias con características semejantes a la población de estudio para responder a las preguntas del instrumento de recolección de datos.
- Se observó las dificultades del instrumento y se midió el tiempo promedio de llenado del instrumento, posteriormente se realizaron correcciones de los errores encontrados al instrumento.

Tercera etapa: Identificación de la población y solicitud de aceptación para participar en el estudio.

- Se verificaron los casos de aborto y muerte fetal ingresadas al servicio de legrados, que se encuentren posterior a su procedimiento (LIU, AMEU)
- Se les explicó el estudio y se procede a resolver dudas y cuestionamientos.

Cuarta etapa: Recolección de datos.

- Se presentó al servicio de legrados del Departamento de Ginecología y Obstetricia una vez al día, de lunes a viernes y se seleccionaron a los participantes, de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión.
- Se les brindó una charla informativa a cada mujer embarazada, donde se les expuso la importancia de su participación en el estudio, se explicó que no existen riesgos, que la información obtenida es de carácter confidencial, y que el objetivo es para investigación.

- Se le solicitó la firma de consentimiento informado.
- Se aplicó la boleta de recolección de datos, El instrumento de recolección de datos está constituido por dos secciones. (Anexo 1). La primera parte proporcionó datos generales y sociodemográficos de la paciente, en esta parte se incluye: número de registro, edad de la paciente, edad gestacional, escolaridad, estado civil y paridad.

La segunda parte incluye datos relacionados al estado depresivo. Se utilizó el cuestionario de depresión perinatal (Escala de Duelo perinatal), el cual fue validado en un estudio previo en México en el año 2009. Dicho instrumento está conformado por tres sub escalas, cada una formada por 11 afirmaciones, brindando según la respuesta proporcionada por la paciente una puntuación que va desde 1 punto hasta 5, para hacer un puntaje mínimo de 11 puntos y uno máximo de 55. La suma de las tres sub-escalas oscila entre 33 y 165 puntos; un puntaje de 90 o mayor indica morbilidad psiquiátrica, lo cual se traduce en la necesidad de atención especializada para su manejo.

Quinta etapa: Tabulación y análisis de los datos

- Recolectada toda la información, se procedió con la introducción de los datos obtenidos de la boleta de recolección de datos.
- Se ingresaron los datos de las boletas a una base de datos electrónica en el programa EXCEL.
- Se realizó el análisis de la información, a través de tablas y gráficas.
- Se plantearon conclusiones y recomendaciones.

Sexta etapa: Informe final y presentación de resultados

- Se elaboró el informe final
- Posteriormente se presentan los resultados a las autoridades del Departamento de Ginecología y Obstetricia.
- Se presentan los resultados al departamento de Docencia e investigación del Hospital Roosevelt.

- Se presenta informe final a la unidad de Investigación de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS:

- Las mujeres embarazadas involucradas en el estudio recibieron previo a participar en él, una charla informativa en la cual se les explica el propósito del estudio, las fases del mismo, el procedimiento propuesto y la libertad que tienen de retirarse en cualquier momento del mismo.
- Se firma consentimiento informado con cada paciente participante del estudio.
- En todo momento se guardó confidencialidad de las respuestas de cada persona, los resultados únicamente fueron utilizados con propósitos estadísticos para poder hacer un análisis de todo el estudio.

V. RESULTADOS

Se estudiaron 160 pacientes, las cuales presentaban una pérdida de la gestación, ya sea aborto o muerte fetal.

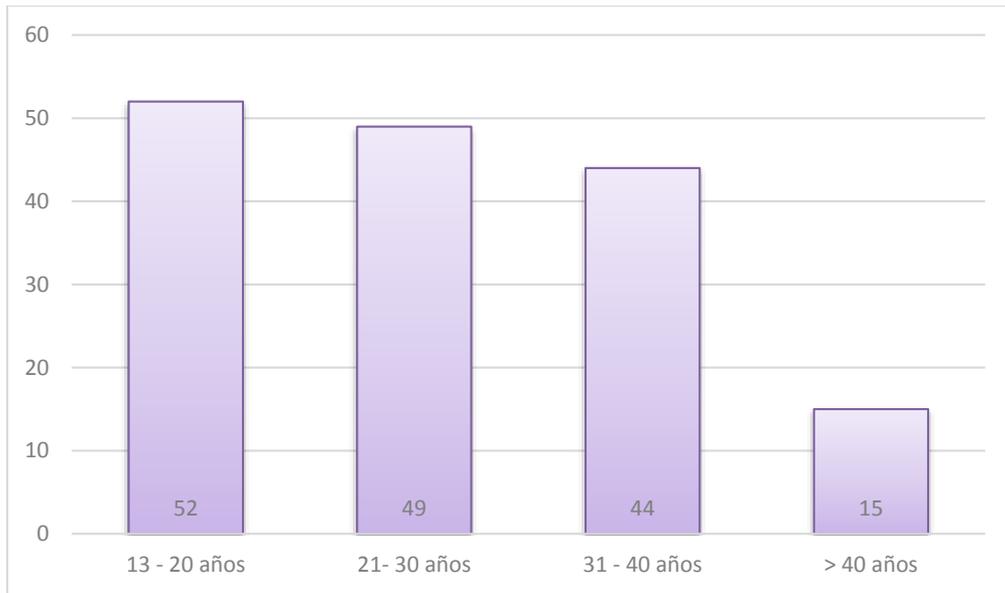
Tabla 1
Características sociodemográficas

VARIABLE		PACIENTES	PREVALENCIA
Edad materna	13-20 años	52	32%
	21-30 años	49	31%
	31-40 años	44	27.5%
	>40 años	15	9.5%
Estado Civil	Casada	32	20%
	Soltera	58	36%
	Unida	65	41%
	Separada	5	3%
Escolaridad	Ninguna	44	27%
	Primaria	62	39%
	Secundaria	38	24%
	Diversificado	15	9%
	Universitario	1	1%
Ocupación	Ama de casa	91	57%
	Oficina	7	4%
	Ambulante	36	23%
	Doméstica	10	6%
	Otros	16	10%
Edad gestacional	1-20 semanas	39	24.5%
	21-27 semanas	10	6.25%
	28-37 semanas	20	12%
	38-40 semanas	61	38%
	>40 semanas	30	19.2%
Gestas	Primigesta	106	66%
	Secundigesta	32	20%
	Trigesta o más	22	14%
Número de pérdida	Primera	149	93%
	Segunda	11	7%
	Tres o más	0	0%
Procedimiento	AMEU	44	27.5%
	LIU	116	72.5%
Uso de medicamentos	Si	11	7%
	No	149	93%

Fuente: Boleta de recolección de datos

Grafica 1

Rango de edad en pacientes post aborto o post muerte fetal en la unidad de Legrados del Hospital Roosevelt, Abril a Octubre 2016.



Fuente: Boleta de recolección de datos

Se determinó que el 32% de las pacientes estudiadas se encuentran en el rango de edad entre 13 a 20 años, (n=52); seguido del grupo etéreo de 21 a 30 años (n=49), que corresponde al 31%, 44 pacientes que representa el 27.5% son entre el grupo de 31-40 años y el grupo minoritario fue la edad mayor de 40 años que representa el 9.5%.

Tabla 2

Estado depresivo en pacientes post aborto o post muerte fetal en la unidad de Legrados del Hospital Roosevelt, Abril a Octubre 2016.

Estado Depresivo	Pacientes	Prevalencia
Duelo Activo	109	68%
Dificultad para afrontar la pérdida	13	8%
Desesperanza	38	24%

Fuente: Boleta de recolección de datos

En cuanto al estado depresivo de las mujeres que sufrieron aborto o muerte fetal, se determinó que 109 mujeres que representan el 68% se encuentran en el proceso natural de afrontamiento del duelo, mientras que 51 pacientes que representan el 32% tienen dificultades para manejar el duelo o desesperanza, y por lo tanto ameritan ser referidas a un servicio especializado de salud mental, para contribuir a la aceptación y afrontamiento del duelo y su manejo especializado.

Tabla 3

Pacientes con morbilidad psiquiátrica según aborto o muerte fetal

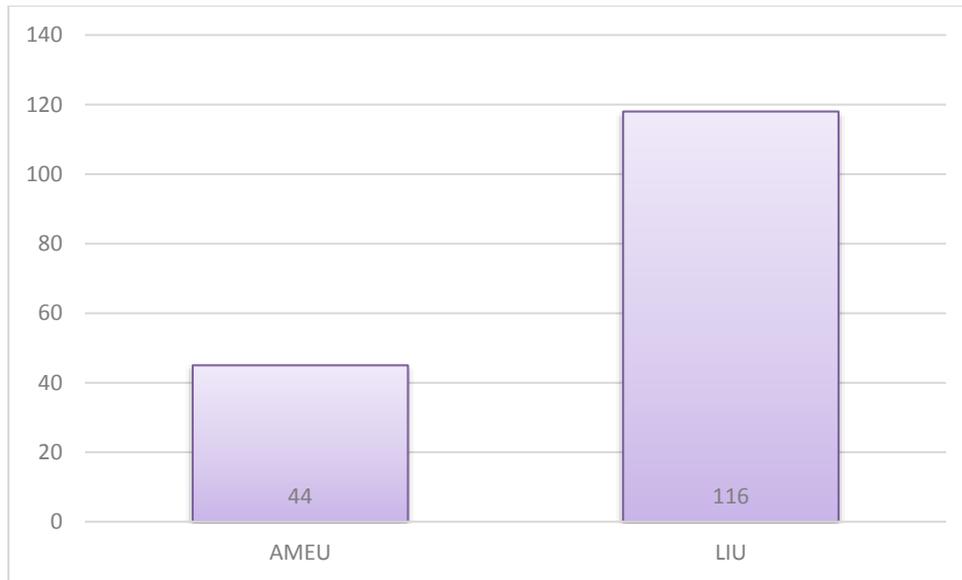
Estado Depresivo	Aborto (64)	Muerte fetal (96)
Duelo Activo (109) 68%	51 (46.8%)	58 (53.2%)
Morbilidad Psiquiátrica (51) 32%	13 (25.4%)	38 (74.5%)

Fuente: Boleta de recolección de datos

Del total de mujeres estudiadas (n=160), se determinó que el 32% tenía problemas para afrontar el duelo, llegando a desarrollar problemas de depresión, por lo cual se necesitó referencia para manejo especializado, siendo el 74.5% secundarios a muerte fetal y el 25.4% secundarios a aborto.

Grafica 2

Procedimiento Realizada en pacientes post aborto o post muerte fetal en la unidad de Legrados del Hospital Roosevelt, Abril a Octubre 2016.



Fuente: Boleta de recolección de datos

En cuanto al procedimiento por medio del cual se evacuaron los restos placentarios, se identificó que 116 pacientes que representan el 72.5% se les realizó legrado uterino instrumental, mientras que 45 mujeres (27.5%) se les realizó aspiración manual endouterina.

El estado civil de las madres estudiadas, se determinó que 65 pacientes que representa el 41% son unidas, seguido de 58 que representa el 36% son solteras, 32 pacientes (20%) son casadas y el grupo minoritario fue de 5 pacientes que se encuentran separadas que representa el 3% de la población estudiada.

En cuanto al nivel de escolaridad, 62 pacientes que representan el 39% tienen estudios de primaria, 44 pacientes (27%) no tienen ningún tipo de escolaridad, 38 pacientes (24%) cursaron la secundaria, 15 pacientes cursaron el diversificado (9%) y solo 1 paciente (1%) curso el nivel universitario.

Se determinó que 91 pacientes que representan el 57% son amas de casa, 36 pacientes que representan el 23% trabajan en la economía informal, 10 pacientes que son el 6% se dedican a los oficios domésticos, 4% trabajan en oficina y 16 pacientes (10%) se dedican a diversos tipos de actividades.

También se indagó sobre la edad gestacional en la cual ocurrió la pérdida, identificando que 61 mujeres que representan el 38% se encontraban entre la edad gestacional de 37 a 40 semanas, seguido de 38 pacientes que se encuentran entre la edad gestacional de 1 a 20 semanas gestacionales que representan el 24%, luego 30 mujeres (19%) se cursaban más de 40 semanas gestacionales, 20 pacientes (12%) se encuentran entre 28 a 40 semanas gestacionales, mientras que 10 pacientes (6%) cursaban entre 21 y 27 semanas de edad gestacional.

Al indagar sobre los antecedentes gineco-obstétricos, se determinó que 106 mujeres, que representan el 66% era su primer embarazo, 32 pacientes (20%) corresponden al segundo embarazo, y el 14% cursaba su tercer embarazo.

También se recolectó información en cuanto al número de pérdidas del embarazo que han sufrido las madres, identificando que 149 mujeres que representan el 93% de la muestra estudiada cursan su primera pérdida, y afortunadamente solo 11 pacientes (7%) cursa su segunda pérdida, por lo cual ameritan seguimiento y vigilancia más estrictos del embarazo, para identificar los causales y brindar consejería y control prenatal oportuno con la finalidad de disminuir complicaciones fatales.

VI. DISCUSIÓN Y ANALISIS

Se realizó un estudio tipo descriptivo transversal en 160 mujeres embarazadas que se encontraban ingresadas en el servicio de Legrados del Hospital Roosevelt entre los meses de abril a octubre del año 2016.

Dentro de las características epidemiológicas encontradas se puede mencionar edad entre 13-20 años 32%, estado civil unida 41%, grado de escolaridad primaria 39%, ama de casa 57%, primigesta 66%, edad gestacional 38-40 semanas 38%, se realizó legrado al 72%, fue la primera pérdida 93% y el 100% no tenían antecedente de depresión.

En un estudio realizado en México en mayo-agosto 2012, se pretendía demostrar las características sociodemográficas de las mujeres que sufrían muerte fetal se encontró, edad promedio de 25.5 años, madre multigesta 44.4%, sobrepeso 48.6%, sin antecedente de enfermedad sistémica y con un control prenatal deficiente un promedio de cuatro consultas recibidas durante el embarazo. (34) Si se comparan estos datos con el resultado de este estudio, se determina que no se correlaciona la paridad, debido a que en el presente la mayor parte de pacientes que presentaron depresión fueron las que era primera gesta y se encontraban entre los 13 y 20 años de edad, lo cual podría deberse a que en nuestro medio las mujeres se embarazan a temprana edad, exponiéndose a pérdidas gestacionales, y su inmadurez emocional puede llevarlas a caer en depresión así como también a problemas emocionales.

De las 160 mujeres embarazadas estudiadas, 109 se encontraron en el proceso normal de aceptación y afrontamiento de la pérdida del embarazo, mientras que 51 presentaron dificultad para afrontar dicho proceso, por lo cual fue necesario referencia al departamento de salud mental para manejo especializado. De estas 51 embarazadas, el 74.5% había sufrido una muerte fetal y el 25.4% un aborto.

En un estudio sobre duelo perinatal realizado en el 2015 en Bellaterra, encontraron porcentajes de depresión moderada o grave de 24% al mes, 19% a los seis meses y 11% al año; esto se equiparaba con los datos obtenidos en estudios similares como el del autor Neugebauer en 1997. (36) Dicho resultado del 24% de depresión al mes, se correlaciona claramente con los resultados obtenidos en el presente estudio, en el cual 24% se encuentran en desesperanza más un 8% en dificultad para afrontar la pérdida, a pesar de ser dos países con características muy distintas, desde el simple hecho de pertenecer a un país tercermundista, con mejor acceso a educación a nivel superior, así como también

mejor posibilidad económica; sumado a la edad materna más avanzada para buscar embarazo.

En un estudio realizado en la universidad de Cartagena en el año 2014, se propone elaborar herramientas que ayuden a las madres al reestablecimiento emocional, lo cual vale la pena implementar en nuestro medio para asegurar la reincorporación de las pacientes a su medio. (8) Muchas pacientes luego del alta hospitalaria, se deben enfrentar a situaciones difíciles como enfrentar a esposo o familiares, responder sus interrogantes, por lo cual se deben brindar las herramientas que le permitan adaptarse a su medio y a sus actividades cotidianas lo más pronto posible, así como un seguimiento tiempo después para evaluar la evolución y estado emocional posterior; de esta manera brindar una preparación y un tiempo óptimo para un futuro embarazo.

En la tesis doctoral sobre el estudio del duelo perinatal, realizada en Bellaterra 2015, se pretendía estudiar los factores implicados en la sintomatología depresiva y/o duelo y se logró establecer que en cuanto a variables sociodemográficas como la edad y nivel socioeconómico no existía relación con las puntuaciones en las escalas de duelo y depresión; también tuvo como objetivo establecer relaciones con respecto a las variables obstétricas, no se estableció relación en cuanto a el antecedente de abortos previos o la edad gestacional, sin embargo con respecto al tener hijos previos se determinó que estos desempeñaban un factor protector para el desarrollo de depresión. (37)

Este estudio cumplió el objetivo, de determinar la prevalencia del estado depresivo y el impacto que tiene sobre el ámbito afectivo y emocional de la madre, por lo que 32% de la población amerita atención interdisciplinada y personalizada, y de ellas el 24% de las pacientes se encuentran en desesperanza; por lo tanto si se analiza para la población total de pacientes atendidas en el Hospital Roosevelt, es un impacto grande en la población guatemalteca, por lo que se debe brindar apoyo y seguimiento correspondiente.

El presente estudio no tuvo como objetivo determinar los factores asociados al desarrollo de estado depresivo que necesita atención especializada, sin embargo consideramos de vital importancia continuar con el estudio del tema ya que mientras contemos con mayor conocimiento, nos será posible a su vez contar con mayores medidas de prevención y de esta manera poder ofrecer una mejor atención a las gestantes en nuestro medio.

Las principales limitaciones para la realización del estudio, fue la situación afectiva-emocional que manejaba la madre en el momento de llenar el instrumento, debido a que en muchas ocasiones la madre se encontraba en situación susceptible, lo cual le impedía dar una respuesta concreta a la pregunta que se le realizaba. Por lo cual se sugiere realizar dicho instrumento hasta el alta hospitalaria, momento en el cual la paciente se encuentra en mejores condiciones tanto físicas como emocionales, y de esta manera conseguir información más acorde al objetivo del estudio.

6.1 CONCLUSIONES

- 6.1.1 Las características epidemiológicas de las pacientes sometidas al estudio fueron mujer entre 13- 20 años con un 32%, entre 21-30 años con un 31% y de 31-40 años con un 27.5%; en cuanto al estado civil, el 41% de la pacientes se encuentran solo unidas con su pareja, y el 36% son madres solteras. En cuanto a escolaridad, el 39% solo obtuvieron estudios de primarios, y el 27% tiene escolaridad nula. El 57% de las pacientes son amas de casa, el 38% de las mujeres contaban con embarazo entre 38 a 40 semanas al momento de la pérdida y en segundo lugar menor de 20 semanas con un 24%. El 66% de las pacientes se encontraban cursando su primera gesta, y el 93% enfrentaron su primera pérdida. Al 72% de las mujeres estudiadas se les realizó legrado uterino instrumental; y ninguna paciente tenía el antecedente de depresión o toma de medicamentos para tratar el mismo.
- 6.1.2 El grupo etareo más afectado fue la edad de 13 a 20 años de edad.
- 6.1.3 La prevalencia de duelo activo, el cual se considera un proceso normal, en pacientes post aborto o muerte fetal es de 68%, mientras que la prevalencia de estado depresivo es de 32%, quienes ameritan manejo especializado y apoyo para poder afrontarlo.
- 6.1.4 Prevalencia de morbilidad psiquiátrica secundario a duelo perinatal es de 32%, de las cuales el 25.4% (n=13) es secundario a un aborto y el 74.5% (n=38) secundario a una muerte fetal.

6.2 RECOMENDACIONES

- 6.2.1 Brindar un abordaje multidisciplinario en todas las mujeres que sufren la pérdida del producto de la gestación, en la cual se involucren médicos, enfermeras, psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales.
- 6.2.2 Tener un documento estandarizado para medir el riesgo que las madres tienen de sufrir depresión secundario a la pérdida del embarazo, y según los hallazgos reflejados realizar las interconsultas necesarias para brindar atención de calidad e integral a la paciente.
- 6.2.3 Brindar atención al núcleo familiar para ayudarles a afrontar la pérdida, aceptar lo sucedido, y con ello contribuir con el apoyo emocional que es esencial para la madre.
- 6.2.4 Dar asesoría y buen plan educacional, para la aceptación de los métodos de planificación familiar y de esta manera evitar la reincidencia de pérdidas del embarazo o bien embarazos no planificados.
- 6.2.5 Realizarle la prueba o el instrumento a todas las pacientes que ingresan al Hospital Roosevelt, sin distinción entre aborto, muerte fetal o nacimiento de bebe vivo ya que toda mujer corre riesgo de sufrir depresión post parto.
- 6.2.6 Brindar principal énfasis en las mujeres jóvenes, primigestas, y madres solteras que sufren pérdida del embarazo, ya que ellas son las que tienen mayor prevalencia de pérdidas del embarazo y estado depresivo.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Michels TC, Tiu AY. Second Trimester Pregnancy Loss. American Family Physician. [En línea] 2007 [Citado 4 Abr 2017]; Vol 76 (9): 1341-1346. Washington, USA. Disponible en: <https://www.aafp.org/afp/2007/1101/p1341.pdf>
2. Swanson K. Predicting Depressive Symptoms after Miscarriage: A Path Analysis Based on the Lazarus Paradigm. Journal of Women's Health & Gender-based Medicine. [En línea] 2000; [Citado 22 Mar 2016] Vol 9 (2): 191-206. Disponible en: DOI:[10.1089/152460900318696](https://doi.org/10.1089/152460900318696)
3. Neugebauer R. Depressive symptoms at two months after miscarriage: Interpreting study findings from an epidemiological versus clinical perspective. Depression and anxiety. [En línea] 2003; [Citado 26 Mar 2017] Vol 17 (3): 152-161. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/da.10019>
4. Management of stillbirth. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol. ACOG Practice Bulletin No. 102. [En línea] Mar 2009. [Citado 26 Mar 2017] 748-61. Disponible en: DOI: [10.1097/AOG.0b013e31819e9ee2](https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e31819e9ee2)
5. Cunningham F. Hauth J. Leveno K, Gilstrap III L, Bloom S, Wenstrom K. Aborto. Obstetricia de Williams, 22nd ed. New York: McGraw-Hill. 2005: 231–252
6. Sobie Amy R. The risks of choice. Post-Abortion Review: Mar 2000; Vol 8 (3). Elliot Institute.
7. Brier N. Grief Following Miscarriage: A Comprehensive Review of the Literature. JOURNAL OF WOMEN'S HEALTH. [En línea] Mar 2008; [Citado 18 marzo 2017] Vol 17 (3). Disponible: <https://doi.org/10.1089/jwh.2007.0505>
8. Gibbons M. Psychiatric sequelae of induced abortion. J R Coll Gen Pract. . Manchester, Mar 2008; Vol 15 (8). 146–150.
9. Nickcevic A, Tunkel A, Nicolaides H..Psychological outcomes following missed abortions and provision of follow-up care. Ultrasound Obstet Gynecol. [En línea] London 1998. 123-128 [Citado 18 marzo 2017] Disponible: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1046/j.1469-0705.1998.11020123.x>

10. Orgeta V, Qazi A., Spector AE, Orrel M. Psychological treatments for depression and anxiety in dementia and mild cognitive impairment. *Cochrane Database Syst Rev.* [En línea] Jan 2014. [Citado 22 abril 2017] Disponible: doi: 10.1002/14651858.CD009125.pub2.
11. Deniss CL, Ross LE, Grigoriadis S. Psychosocial and psychological interventions for treating antenatal depression. *The Cochrane Database.* [En línea] 2007 [Citado 22 abril 2017] Issue 3. DOI: 10.1002/14651858.CD006309.pub2. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006309.pub2/epdf/full>
12. Kristen M, Swanson R, Hsien-Tzu R, Chen RN, Graham C, Danuta M, et al. Resolution of Depression and Grief during the First Year after Miscarriage: A Randomized Controlled Clinical Trial of Couples-Focused Interventions. *JOURNAL OF WOMEN'S HEALTH.* [En línea] 2009 [Citado 18 mayo 2016]; Vol 18; 1245-1257 Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2825726/pdf/jwh.2008.1202.pdf>
13. Frost M, Condon J, . The psychological sequelae of miscarriage: a critical review of the literatura. [En línea] Feb 1996 [Citado 22 mayo 2016] En línea: <https://doi.org/10.3109/00048679609076072>
14. Nielsen S, Hahlin M, Moller A, Granberg S.. Bereavement, grieving and psychological morbidity after first trimester spontaneous abortion: comparing expectant management with surgical evacuation. *Human reproduction.* [En línea] 1996 [Citado 15 de abril 2016] Vol 11; 1767-70. Goteborg, Suecia. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8921129>
DOI: [10.1093/oxfordjournals.humrep.a019482](https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.humrep.a019482)
15. Engel G. Is Grief a Disease? *Psychosom Med.* [En línea] Ene 1961; [Citado 15 abril 2017] Vol 23: 18-22. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/13696798>
16. Organización Mundial de la Salud. CIE 10 Trastornos mentales y del comportamiento. Criterios diagnósticos de investigación, Madrid: Ed. Meditor, 1993.
17. Rogers J, Stoms G. Phifer JI. Psychological Impact of Abortion : Methodological and Outcomes Summary of Empirical Research Between 1966 and 1988 ; *Health Care Women Int,* [En línea] 1989. [Citado 15 abril 2016] Vol 10; 347-76. Disponible: DOI: [10.1080/07399338909515861](https://doi.org/10.1080/07399338909515861)

18. Brier, N. Anxiety After Miscarriage: A Review of the Empirical Literature and Implications for Clinical Practice. [En línea] May 2004 [Citado 16 abril 2016] Vol 31; 138-142. Disponible: <https://doi.org/10.1111/j.0730-7659.2004.00292.x>
19. Bell R, Glinianaia SV, Rankin J, Wright C, Pearce MS, Parker L. Changing patterns of perinatal death, 1982- 2000: a retrospective cohort study. Arch Dis Child Fetal Neonatal. [En línea] 2004 [Citado 25 de abril 2017] Vol 89; 531-36, Newcastle, Reino Unido. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1721781/pdf/v089p0F531.pdf>
20. Cnattingius S, Bergstrom R, Lipworth L, Kramer M. Prepregnancy weight and the risk of adverse pregnancy outcomes. N Engl J Med. [En línea] Jan 2008. [Citado 22 enero 2019] Vol 338; 147-152, Massachusetts, USA. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9428815>
21. Fretts RC, Schmittiel J, McLean FH, Usher RH, Goldman MB. Increased maternal age and the risk of fetal death. N Engl J Med. [En línea] Oct 1995 [Citado 15 marzo 2016] Vol 333; 953-57. Massachusetts: USA. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7666913> DOI: [10.1056/NEJM199510123331501](https://doi.org/10.1056/NEJM199510123331501)
22. Reddy UM, Ko CW, Willinger M. Maternal age and the risk of stillbirth throughout pregnancy in the United States. Am Journal Obstet Gynecol. [En línea] Sep 2006 [Citado 15 marzo 2016] Vol 195 ; 764-70. Disponible: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2006.06.019>
23. Tulandi T, Al-Fozan H. Spontaneous abortion: Management. Journal Uptodate. [En línea] 2015. [Citado 15 marzo 2016]. Disponible: <https://www.uptodate.com/contents/spontaneous-abortion-management>
24. Grunebaum A, Chervenak F, Lockwood C, Barss V. Fetal demise and stillbirth: Maternal care. Journal UptoDate. [En línea] 2015 [Citado 15 marzo 2016] Disponible: <https://www.uptodate.com/contents/fetal-death-and-stillbirth-maternal-care>
25. Weiss L, Frischer L, Richman J. Parental adjustment to intrapartum and delivery room loss. The role of a hospital based support program. Clin Perinatol. [En línea] 1989 [Citado 15 marzo 2016] Vol 16; 1009-19. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2686885>

26. Mills TA, Ricklesford C, Cooke A, Heazell AEP, Whitworth M, Lavender T. Parents' experiences and expectations of care in pregnancy after stillbirth or neonatal death: a metasynthesis. *BJOG International Journal of Obst Gynaecology*. [En línea] 2014 [Citado 18 marzo 2016] Vol 121; 943-50. Disponible: <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12656>
27. Incerpi MH, Miller DA, Samadi R, Settlege R, Goodwin TM. Stillbirth evaluation: what tests are needed? *American Journal Obstet Gynecol*. [En línea] 2008 [Citado 18 septiembre 2017] Vol 178; 1121-25. Disponible: DOI: [https://doi.org/10.1016/S0002-9378\(98\)70311-4](https://doi.org/10.1016/S0002-9378(98)70311-4)
28. Prine LW, MacNaughton H. Office management of early pregnancy loss. *Am Fam Physician*. [En línea] . Jul 2011 [Citado 20 septiembre 2017] Vol 84; 75-82, USA. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21766758>
29. Hughes PM, Turton P, Evans CD. Stillbirth as risk factor for depression and anxiety in the subsequent pregnancy: cohort study. *British Medical Journal*. [En línea]. Jun 1999; [Citado 26 junio 2018] Vol 318: 1721- 4. London. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10381705>
30. Gómez R, Wing DA. Misoprostol for termination of pregnancy with intrauterine fetal demise in the second and third trimester of pregnancy a systematic review. *Am Journal Obstet*. [En línea] Apr 2009; [Citado 26 junio 2018] Vol 79: 259- 265. Disponible: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2008.10.009>
31. Mota C, Calleja N, Aldana E, Gómez ME, Sánchez, MA. Escala de duelo perinatal: validación en mujeres mexicanas con pérdida gestacional. *Revista Latinoamericana de Psicología*. [En línea] 2011. [Citado 15 marzo 2016] Vol 43: 419-428. México. Disponible: https://www.academia.edu/17492987/Perinatal_Grief_Scale_Validation_in_Mexican_Women_with_Gestational_Loss
32. Oviedo-Soto S, Urdaneta E, Parra FM, Marquina M, Duelo materno por muerte perinatal. *Rev Mex Pediatr*. [En línea] 2009 [Citado 15 marzo 2016] Vol 76, 215-219. México. Disponible: <https://www.medigraphic.com/pdfs/pediatr/sp-2009/sp095e.pdf>
33. Myers E. Efficacy and Safety of Screening for Postpartum Depression. *Effective Health Care Program*. [En línea] Apr 2013. [Citado 05 mayo 2018] Maryland, USA. Disponible: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK137724/pdf/Bookshelf_NBK137724.pdf

34. Murphy FA, Lipp A, Powles D. Follow-up for improving psychological well being for women after a miscarriage. Cochrane Pregnancy and Childbirth Group. [En línea] Mar 2012. [Citado 05 mayo 2018] Pontypridd. UK. Rev 3; 2-19. Disponible: doi:10.1002/14651858.CD008679.pub2.
36. Barceló F, De Paco C, López-Espín JJ, Silva Y, Abad L, Parrilla JJ. The management of missed miscarriage in an outpatient setting: 800 versus 600 µg of vaginal misoprostol. Aust N Z J Obstet Gynaecol. [En línea] Dec 2012. [Citado 26 mayo 2018] Vol 52; 39-43. Murcia: España. Disponible: <https://doi.org/10.1111/j.1479-828X.2011.01382.x>
37. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The care of women requesting induced abortion: summary. Evidence-based Clinical Guideline No.7. RCOG. [En línea] Nov 2011 [Citado 28 Noviembre 2017] London. Disponible: https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/abortion-guideline_web_1.pdf
38. Pastor IR. Estudio del duelo perinatal: interrupciones médicas del embarazo, muertes prenatales y postnatales. [Tesis doctoral]. España, Bellaterra: Universidad autónoma de Barcelona, Bellaterra: Universidad autónoma de Barcelona, Facultad de Psicología. 2015. 26-49
39. Pons A, Sepúlveda E, Leiva JL, Rencoret G, Germain A. MUERTE FETAL. STILLBIRTH. Centro de Vigilancia materno-fetal, Clinica Las Condes. Rev Med Clin Condes. [En línea] Oct 2014. [Citado 28 Noviembre 2017) Ed 25; 908-916 Chile. Disponible: https://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF
40. Dunn F. Social Support Following Miscarriage: Impact on Outcomes of Grief and Growth. [Thesis of Master]. Australia: University of Newcastle, School of Psychology; [En línea] 2013 [Citado 11 feb 2019] Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/3f47/70daaad059d22fae66db58b84a10428daa14.pdf>

VIII. ANEXOS



Boleta de recolección de datos "Estado Depresivo de las mujeres post aborto y post muerte fetal"

Registro Medico:

Numero de Boleta:

Edad

13 – 20 años	<input type="checkbox"/>
21 – 30 años	<input type="checkbox"/>
31 – 40 años	<input type="checkbox"/>
> 40 años	<input type="checkbox"/>

Estado Civil

Casada	<input type="checkbox"/>
Unida	<input type="checkbox"/>
Separada	<input type="checkbox"/>
Viuda	<input type="checkbox"/>

Escolaridad

Analfabeta	<input type="checkbox"/>
Primaria	<input type="checkbox"/>
Secundaria	<input type="checkbox"/>
Diversificado	<input type="checkbox"/>
Universitario	<input type="checkbox"/>

Ocupación

Ninguna	<input type="checkbox"/>
Oficina	<input type="checkbox"/>
Ambulante	<input type="checkbox"/>
Domestica	<input type="checkbox"/>
Otro	<input type="checkbox"/>

Edad Gestacional

1 – 20 semanas	<input type="checkbox"/>
21 – 27 semanas	<input type="checkbox"/>
28 – 37 semanas	<input type="checkbox"/>
38 – 40 semanas	<input type="checkbox"/>
> 40 semanas	<input type="checkbox"/>

Gestas

Primigesta	<input type="checkbox"/>
Segundigesta	<input type="checkbox"/>
Trigesta o mas	<input type="checkbox"/>

Perdida

Primera	<input type="checkbox"/>
Secunda	<input type="checkbox"/>
Tres o mas	<input type="checkbox"/>

Procedimiento Realizado

AMEU	<input type="checkbox"/>
LIU	<input type="checkbox"/>
Ninguno	<input type="checkbox"/>

Antecedente de Depresión

Si	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

Consumo de Medicamentos

Si	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

N	AFIRMACION	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	DESACUERDO	TOTALMENTE DESACUERDO
1	Me siento deprimida	5	4	3	2	1
3	Me siento vacía	5	4	3	2	1
5	Siento la necesidad de hablar de mi bebe	5	4	3	2	1
6	Me lamento por la pérdida de mi bebe	5	4	3	2	1
7	Estoy asustada	5	4	3	2	1
10	Extraño mucho a mi bebe	5	4	3	2	1
12	Es doloroso recordar la perdida de mi bebe	5	4	3	2	1
13	Me enojo cuando pienso en mi bebe	5	4	3	2	1
14	Lloro cuando pienso en mi bebe	5	4	3	2	1
19	El tiempo pasa muy lentamente desde que perdí a mi bebe	5	4	3	2	1
27	Me siento muy sola desde que perdí a mi bebe	5	4	3	2	1
2	Se me hace difícil llevarme bien con algunas personas	5	4	3	2	1
4	No puedo realizar las tareas cotidianas	5	4	3	2	1
8	He pensado en el suicidio desde que perdí a mi bebe	5	4	3	2	1
11	Siento que me estoy adaptando bien a la perdida de mi bebe	1	2	3	4	5
21	Siento que decepcione a gente por la pérdida de mi bebe	5	4	3	2	1
24	Necesito justificarme con algunas personas por la perdida	5	4	3	2	1
25	A veces siento que necesito ayuda profesional para que mi vida funcione otra vez	5	4	3	2	1
26	Me siento como muerta en vida	5	4	3	2	1

28	Me siento a perdida y sola aunque este con amigos	5	4	3	2	1
30	Desde que perdí a mi bebe se me hace difícil tomar decisiones	5	4	3	2	1
33	Es maravilloso estar vivo	1	2	3	4	5
9	Tomo medicación para el nerviosismo	5	4	3	2	1
15	Me siento culpable cuando pienso en mi bebe	5	4	3	2	1
16	Me siento enferma cuando pienso en mi bebe	5	4	3	2	1
17	Me siento protegida en un mundo peligroso desde que perdí a mi bebé	5	4	3	2	1
18	Intento reír pero ya nada me parece gracioso	5	4	3	2	1
20	La mejor parte de mí se perdió con mi bebé	5	4	3	2	1
22	Siento un gran dolor por la pérdida de mi bebé	5	4	3	2	1
23	Me siento culpable por la pérdida de mi bebé	5	4	3	2	1
29	Siento que es mejor no amar	5	4	3	2	1
31	Me preocupa como será mi futuro	5	4	3	2	1
32	Una madre desolada por la pérdida de su bebé es inferior a otra	5	4	3	2	1

ANEXOS 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

I. TITULO DEL ESTUDIO: **ESTADO DEPRESIVO DE LAS MUJERES POST ABORTO Y POST MUERTE FETAL**

Estudio a realizarse en el departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt en el periodo de enero a octubre de 2016

II. No. DE ENCUESTA: _____

Usted ha sido seleccionado a participar en el estudio de investigación titulado: **ESTADO DEPRESIVO DE LAS MUJERES POST ABORTO Y POST MUERTE FETAL**. Antes de que usted decida participar en el estudio por favor lea este formulario cuidadosamente y haga todas las preguntas que tenga, para asegurarse de que entienda los procedimientos del estudio, incluyendo los riesgos y beneficios.

II. PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN:

El término depresión hace referencia a una gama de problemas mentales, los cuales se caracterizan por un estado depresivo persistente, (sentimientos de tristeza, desesperación, pérdida del interés por las actividades cotidianas, soledad, necesidad de estar aislado), asociando síntomas que afectan la forma de actuar, emociones las cuales pueden llegar a causar enfermedades físicas y lesiones que ponen en peligro la vida de la madre que lo padece. La depresión es el desorden mental más común que afecta a la sociedad y que causa mayor problema en todo el mundo.

Se le invita a participar en el estudio anteriormente descrito, debido a que los resultados servirán para referir a las mujeres con problemas para aceptar su situación al departamento de Salud Mental, así como también brindar una mejor atención a las mujeres que tengan padecimientos similares a su situación, del mismo modo brindar el tratamiento indicado en los casos que lo necesiten.

III. DISEÑO DEL ESTUDIO

El presente estudio es descriptivo, su participación en el estudio para responder las preguntas es de aproximadamente 10 minutos. En el estudio estarán participando 180 mujeres que se encuentran en una situación similar a la suya. La forma de elegir a las participantes es al azar, no se eligió por su situación, sino se inició la selección con un dado, por lo cual se le solicita no pensar que solo a usted se le está interrogando.

IV. EN QUE CONSISTE SU PARTICIPACION:

En el caso que usted acepte participar en el estudio, el mismo consistirá en responder una serie de 36 preguntas en una única ocasión, las cuales están relacionadas con sus datos generales, como es la edad, estado civil, escolaridad, numero de gestas, procedimiento

realizado, ocupación, tiempo de embarazo, así como también antecedente de alguna enfermedad y el uso de medicamentos. Posteriormente se realizaran preguntas relacionadas a sus sentimientos actuales, como se siente en este momento, que desea hacer, y como está enfrentando su situación actualmente. Durante el presente estudio NO se administrará ningún medicamento ni se someterá a la paciente a ningún tipo de estudios de diagnóstico invasivo.

V. QUE PACIENTES PUEDEN PARTICIPAR:

Toda mujer que acepte participar en el estudio, con diagnóstico de muerte fetal o aborto, ya sea por ultrasonido o por clínica, y que se encuentren ingresadas en el servicio de Legrados en su periodo de recuperación, posterior a la realización de su procedimiento indicado.

VI. PACIENTES QUE NO PUEDEN PARTICIPAR EN EL ESTUDIO:

Mujeres que no hablen el idioma español, y con retraso mental.

VII. RESPONSABILIDAD DE LA PACIENTE:

Responder a las preguntas con la mayor sinceridad.

VIII. RIESGOS Y BENEFICIOS:

El estudio no conlleva ningún riesgo para la paciente, no se dará ninguna compensación económica por participar; sin embargo, la información obtenida le beneficiara, debido a que se referirá los casos que lo ameriten al departamento de Salud Mental, para brindar una mejor atención y tratamiento de la enfermedad, para ayudarle a enfrentar de una mejor manera su situación actual.

IX. PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD:

Participar en el estudio será estrictamente voluntario y confidencial. Los resultados de esta investigación pueden ser publicados en revistas científicas o presentados en reuniones médicas, pero la identidad del paciente no será divulgada. Si su caso lo amerita será referida al departamento de Salud Mental para brindar atención y tratamiento de forma oportuna con la finalidad de conseguir su pronta recuperación y ayudarle a continuar con su vida diaria.

X. PARTICIPACIÓN Y RETIRO VOLUNTARIOS

Esta autorización estará vigente hasta el final del estudio, a menos que usted la cancele antes. Usted puede cancelar esta autorización y salirse del estudio en cualquier momento enviando una notificación por escrito al Investigador Principal a la siguiente dirección:

reynapao@hotmail.com

XI. EN CASO DE COMPLICACION O PREGUNTAS:

En cualquier momento del estudio puede solicitar información con la investigadora: Dra. Paola de la Cruz al teléfono 4210 3903, o bien al correo reynapao@hotmail.com

AUTORIZACIÓN DEL PARTICIPANTE

He leído la información provista en este formulario de consentimiento, o se me ha leído de manera adecuada. El (la) investigador(a) me ha explicado el estudio y ha contestado mis preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento para ser evaluada en este estudio. Estoy de acuerdo en que puedo negarme o retirarme del presente estudio en cualquier momento. Firmo el presente consentimiento voluntariamente y recibo fotocopia del mismo debidamente firmada.

FIRMAS:

Nombre: _____ Firma: _____

Identificación: _____ Fecha: _____

Si es analfabeta:

Nombre del testigo: _____ Firma: _____

Identificación: _____ Fecha: _____

Persona que obtuvo el consentimiento _____ Fecha: _____

_____ Firma: _____

PERMISO DE AUTOR

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada: "ESTADO DEPRESIVO POST ABORTO Y POST MUERTE FETAL" para propósitos de consulta académico. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.