



DIPUTACIÓN DE PALENCIA



UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

Escuela de Enfermería de Palencia
"Dr. Dacio Crespo"

GRADO EN ENFERMERÍA
Curso académico 2016 - 2017

TRABAJO FIN DE GRADO

**Actuación de enfermería en el duelo por
pérdida perinatal**

Revisión bibliográfica

Alumna: Belén Labián Díaz

Tutor: D. Héctor Ruíz Rojo

Junio, 2017

ÍNDICE

1. Resumen	4
2. Introducción.....	6
2.1. El duelo	6
2.2. La pérdida perinatal.....	7
2.3. El personal sanitario	9
2.4. Historia de la atención a la pérdida perinatal.....	9
2.5. Formas de vivir el duelo	9
3. Objetivos	13
4. Material y métodos	13
4.1. Diseño	13
4.2. Fuentes de obtención de datos	14
4.3. Criterios de inclusión y exclusión	14
4.4. Selección de artículos	15
5. Resultados	17
5.1. Actuación ante la muerte antenatal	17
5.2. Contacto con el recién nacido y creación de recuerdos	21
5.3. Actuación tras el alumbramiento	22
5.4. Instalaciones para el duelo.....	24
5.5. Seguimiento del duelo	25
5.6. Importancia de los profesionales.....	26
5.7. Derechos y deberes	28
5.8. Actuación ante la muerte en los primeros días de vida	29
6. Discusión.....	30
7. Conclusiones.....	32
8. Bibliografía	33

9. Anexos	38
-----------------	----

Índice de tablas

Tabla 1: Pregunta PICO.....	13
Tabla 2: Palabras clave.....	14
Tabla 3: Artículos encontrados y seleccionados.....	15
Tabla 4: Conductas obstétricas para la finalización de la gestación.....	20

Índice de gráficos

Figura 1: Clasificación de artículos seleccionados.....	16
---	----

1. Resumen

Introducción: llamamos duelo a la respuesta emocional fisiológica tras una pérdida. La muerte perinatal es una circunstancia especial que puede derivar en duelo patológico. Los profesionales sanitarios pueden facilitar el afrontamiento.

Objetivos: identificar la mejor manera de actuar, dar a conocer la pérdida perinatal, exponer las diferentes formas de vivir el duelo y conocer la legislación.

Material y método: se realizó una búsqueda bibliográfica entre octubre de 2016 y abril de 2017 en PubMed, Cuiden, Scielo, Dialnet, Cochrane y Google académico. Se seleccionaron 20 artículos para análisis.

Resultados: El papel de la enfermera es fundamental por ser la más cercana al paciente. El acompañamiento es la pauta más básica. Se recomienda que el parto sea vaginal, siguiendo una conducta de inicio activa, expectante o mixta. Es importante respetar el curso del parto, minimizando intervencionismo y ofreciendo alivio del dolor. Se debe tratar al neonato con calidez y ofrecer la posibilidad de verlo, apoyando la decisión. Se debe informar del puerperio, cobrando relevancia la lactogénesis. Lo adecuado es realizar al menos dos visitas postparto. Los padres tienen derechos y también deberes.

Discusión: La formación es básica para ofrecer calidad asistencial. Se debe ofrecer ver al recién nacido, sin forzar y apoyando siempre. Cada vez son más los expertos que recomiendan la conducta expectante o mixta para el inicio del parto. No se recomienda la inhibición farmacológica de la lactancia como rutina, se deben dar opciones. Es necesario luchar por los derechos jurídicos de las familias.

Conclusiones: El personal sanitario es fundamental. Se debe empoderar a la mujer. El embarazo precoz no favorece el duelo. El seguimiento es básico para la detección de signos de alarma.

Palabras clave: muerte, pérdida, perinatal, recién nacido, enfermería, duelo.

SUMMARY

Introduction: Grief is the emotional and physiological response after a loss. Perinatal death is a special situation that may originate pathological mourning. Health workers can make easier the confrontation.

Objetives: identify the best behavior, make public the perinatal loss, explain the different ways of living this situation and know the law.

Material and method: it was done a research between october 2016 and april 2017 in PubMed, Cuiden, Scielo, Dialnet, Cochrane and Google académico. 20 articles were selected.

Results: The nurse is elemental, she is the most closet of health workers. Accompaniment is the most basic way to help. It is recommended a vaginal labour with a active, expectant or mixed form of beginning. It is important to respect the natural process with the minimal intervention and to offer pain relief. It is advised to treat the baby with care and to answer the family if they want to see their son. Inform about the puerperium is basic and speak about breastfeeding too. Health workers should do at least two visit after the death. Parents have rights and duties.

Discussion: training in professionals is important to offer quality in care. The possibility of see the baby should be offered and always supported. There are a lot of experts who aim the expectant or mixed way to start the labour. It is not routinely recommended to give medication and stop lactation, options should be given. It is necessary to fight in favor of parent rights.

Conclusions: health care workers are important to care the parents. Women should be supported in their decisions. An early pregnancy after perinatal loss did not help in overcoming it. Monitoring the grief is basic in order to detect alarm signs.

Key words: perinatal death, loss, newborn, nurse, grief.

2. Introducción

2.1. El duelo

Definimos duelo como la respuesta emocional tras la pérdida de un ser querido. Dicha respuesta es fisiológica, aunque en determinadas circunstancias puede derivar en patológica. La palabra duelo encuentra su origen etimológico en el latín *dolus*, que significa dolor. Es un sentimiento de tristeza profunda que sigue a la muerte y que sirve para adaptarse a una nueva vida en su ausencia. El proceso se considera heterogéneo, activo y personal.

Incluye un conjunto de manifestaciones de diferente índole:

- Físicas, tales como alteración del ritmo de sueño, opresión en el pecho, pérdida de peso y ganas de llorar.
- Psicológicas, como rabia, sentimiento de culpa, añoranza e incredulidad.
- Sociales, tipo resentimiento o aislamiento.
- Espirituales, por ejemplo acentuar la fe como una vía de escape.

Puede prolongarse en el tiempo y culmina cuando el doliente es capaz de hablar serenamente de ello. Según Worden¹ y Neimeyer² el proceso puede considerarse superado cuando la persona muestra capacidad para organizar su proyecto vital sin sentimientos de ansiedad o extrema tristeza. De acuerdo con este primer autor, para lograr sobreponerse a la pérdida es necesario resolver cuatro desafíos:

1. Aceptar la realidad de la pérdida.
2. Aceptar los sentimientos tras la pérdida.
3. Aceptar los cambios que van a producirse como consecuencia de la pérdida.
4. Tener estabilidad emocional para seguir adelante.

Todos los duelos no son iguales. Existen factores que facilitan o dificultan este proceso, como el grado de la relación, el apoyo social de la persona, la personalidad y autoestima, la manera de enfrentarse a los problemas o la etapa del desarrollo en la que se encuentre.

En estos procesos, si bien no son homogéneos, se suele hablar de unas fases por las que se pasa, definidas por Kübler – Ross³.

- Negación, fase en la que la persona no asume la pérdida como medida de defensa contra el dolor.
- Ira, que se puede proyectar contra la familia, los amigos y el personal sanitario.
- Negociación, en la que la persona desea alargar los últimos momentos.
- Depresión, fase necesaria para la superación del suceso por su efecto beneficioso.
- Aceptación, en la se deja marchar al ser querido.

Existen circunstancias en las que el duelo no es aceptado por la sociedad, que deslegitima el dolor y resta valor a la pérdida. El doliente no recibe el apoyo suficiente, lo que dificulta su desarrollo normal y superación. A estos casos se les denomina duelos desautorizados y un buen ejemplo de ello es el caso que nos ocupa, la pérdida perinatal.

2.2. La pérdida perinatal

La muerte perinatal conlleva un proceso de duelo con características diferentes a los demás. Hay diversidad de criterios para definir la edad gestacional a partir de la cual un feto fallecido se enmarca en esta definición, lo que dificulta acotar sus límites y ofrecer estadísticas de incidencia. En España se considera pérdida perinatal a la muerte entre las 28 semanas de gestación y los 7 primeros días de vida por 1000 nacidos vivos y muertos⁴. De acuerdo a este criterio, se registraron en nuestro país 1319 muertes perinatales en el primer semestre de 2014⁵. En otros países empiezan a considerarlo a partir de las 22 semanas de embarazo y lo amplían hasta el mes de vida.

Este acontecimiento ocurre en un 25 - 40% de las ocasiones por causa fetal, 25 - 35% por problemas placentarios, 5 - 10% por problemas maternos y 25 – 30% por factores desconocidos. Dependiendo el momento de la gestación, son más

frecuentes unas u otras; en el primer trimestre suele deberse a razones genéticas, en el segundo a infecciones y en el tercero a patologías umbilicales ⁶.

Aún hoy la sociedad lo considera un tema tabú y tiende a infravalorarlo o incluso silenciarlo por la errónea creencia de que, cuando no se ha conocido al niño o se lleva poco tiempo conviviendo con él, no se le ha empezado a querer. Sherokee Isle en *Empty Arms* ⁷ lo describe diciendo que en nuestra sociedad se mide el duelo por el tamaño del ataúd. La desautorización se evidencia con el lenguaje, tanto es así que no existe ninguna palabra para referirse a los padres que han perdido a su hijo, sin embargo, sí que podemos designar a los hijos que han perdido a sus padres con la palabra huérfanos o al cónyuge que ha perdido a su pareja como viudo. La única lengua que cuenta con un término de estas características es el hebreo. Lewis ⁸ compara el duelo perinatal con el duelo por la pérdida de una parte del cuerpo, pues se tiende a rehuir a quién lo sufre.

Hasta el año 2011 en España no se permitía inscribir en el Registro Civil al hijo que hubiese vivido menos de 24 horas, eliminándolo legalmente de la vida familiar. En la actualidad se permite el registro si el niño nace con vida ⁹.

La realidad es que la muerte de un hijo es una de las situaciones más difíciles que puede vivir el ser humano, constituyendo una de las principales causas para padecer trastorno por estrés postraumático ^{10, 11} ya que siguiendo la secuencia natural de la vida resulta lógico pensar que son los hijos los que enterrarán a los padres. Cuando se altera este hecho y son los progenitores los que sufren el deceso de sus vástagos se producen sentimientos de fracaso y de profunda tristeza, pues no sólo se ha perdido un familiar, sino también el proyecto de vida que se había construido desde el momento en el que fueron conscientes de que iban a tener descendencia. Se esfuman sueños, expectativas e ilusiones. Constituye un duelo por lo no vivido, pero imaginado. Se estima que el 25% de las madres y padres que han perdido a un hijo tendrán problemas de depresión y ansiedad años después ¹².

Es un suceso que ningún padre espera y para el que nadie está preparado. Se cree que un buen seguimiento durante el embarazo protege de ello ¹³.

2.3. El personal sanitario

Para el personal sanitario, atender esta situación puede ser uno de los momentos más incómodos de su profesión, ya que por falta de formación no saben cómo actuar y tienden a mostrarse fríos en lugar de apoyar a las familias.

La deficiente atención, tanto física como psicológica en estos duros momentos aumenta el número de problemas crónicos en los padres. Ser conscientes de que la muerte es una parte más de la vida y que no supone un fracaso en nuestra labor es un paso necesario para dispensar el cuidado necesario al duelo ¹⁴.

2.4. Historia de la atención a la pérdida perinatal

Durante mucho tiempo se sedaba a la parturienta que iba a dar a luz a un feto muerto y se alejaba al bebé nada más nacer creyendo que esto favorecía la recuperación al haber minimizado el contacto madre – hijo.

Es necesario destacar un hito en la historia de la atención a la muerte perinatal como es la publicación del artículo de Bourne en 1968 “Los efectos psicológicos del mortinato sobre las mujeres y sus médicos” ¹⁵ y de “La respuesta de luto de los padres por la muerte de un hijo neonato” ¹⁶ de Kennell, Slyter y Klaus en 1970, gracias a los cuales empezó a cambiar la mentalidad de los profesionales. Poco a poco, se ha ido demostrando que esa no era la forma más adecuada de proceder.

En la actualidad, los expertos recomiendan informar a los padres de todo el proceso desde una perspectiva neutra, pero a la vez cercana para que ellos puedan tomar la decisión que les parezca mejor.

2.5. Formas de vivir el duelo

No todos los miembros de la familia van a vivir la muerte del nuevo ser de la misma forma.

Los niños

Aunque los adultos traten de ocultar la verdad, los más pequeños de la casa saben que algo ocurre. Esconder la muerte o dar respuestas esquivas sólo contribuye a hacer de un hecho natural algo traumático en la vida del menor. Necesitan que se les haga partícipes del duelo en lugar de excluirlos. Ellos también tienen derecho a estar tristes.

Hasta los dos años, el niño no alcanza a comprender el significado de la muerte, para ellos sólo es una palabra. Notan la ausencia del fallecido y se dan cuenta de los cambios en su rutina o en la actitud de sus cuidadores. En esta etapa se debe intentar seguir con el día a día para que acusen lo menos posible la pérdida.

El preescolar (de tres a seis años) cree que la muerte es temporal y reversible. Piensan que la persona fallecida conserva sus funciones y puede seguir viendo lo que pasa en el mundo. Es importante utilizar un lenguaje claro y huir de expresiones como “se ha ido al cielo” ya que en esta edad lo interpretan de forma literal. Pueden sentir preocupación por su propia muerte.

Los escolares (niños de seis a diez años) saben que la muerte es definitiva y que conlleva pérdida de funciones, En esta etapa son conscientes de que ellos también pueden morir y tienen sentimientos de culpa por si tuvieron algo que ver en el deceso del ser querido. Pueden manifestar curiosidad por los ritos funerarios. A partir de los ocho años se considera que ya están preparados para acudir a ellos si así lo desean, aunque dependerá del grado de madurez de cada niño.

Los adolescentes poseen consciencia total de lo que significa la muerte. Les cuesta verbalizar lo que sienten, por lo que es importante que los adultos se muestren comprensivos y les expliquen sus propias experiencias de duelo como ejemplo en el que apoyarse. Desean acudir a las ceremonias funerarias como forma de despedirse. En esta edad pueden fantasear con su propio fallecimiento, incluso pueden adoptar conductas de riesgo para desafiarla ¹⁷.

Los ancianos

Las personas mayores suelen contar con una cantidad importante de duelos acumulados a lo largo de su vida (padres, pareja, hermanos, amigos...). Unido esto a duelos por la pérdida de autonomía puede hacerles vulnerables. Sin embargo, es necesario incluirlos en los procesos familiares sin sobreprotegerlos.

Los ancianos suelen tener profundas convicciones religiosas en las que apoyarse pero también es común la creencia, sobre todo en el sexo masculino, de que el sufrimiento debe llevarse por dentro, por lo que tienen a interiorizar los sentimientos de tristeza y a rechazar la ayuda.

Ante la pérdida de un nieto, el duelo que sufren es doble ya que tienen que enfrentarse a la tristeza de haber perdido un miembro de la familia sumada a ver el dolor que experimentan sus propios hijos. Estos duelos son complicados y con tendencia a convertirse en patológicos ¹⁸.

La madre

Suele ser la persona en la que se centra todo el foco de atención tras la pérdida. Si el fallecimiento se produce intraútero, la mujer es la única que ha sentido a su hijo de forma directa a través de los movimientos fetales. Además debe pasar por todo el proceso de parto de su hijo sin vida. Posteriormente tendrá que hacer frente a una figura diferente a la habitual y la inhibición de la lactancia materna, pues su cuerpo está preparado para alimentar a un hijo que en este caso no lo necesita. Culturalmente, las mujeres suelen exteriorizar más los sentimientos, algo que facilitará su duelo.

El padre

Suele ser el gran olvidado, ya que los esfuerzos por paliar el dolor se centran en la mujer por haber sido quién ha llevado a su hijo en el vientre. El padre también tiene que elaborar su duelo que, aunque distinto al de la madre, será igual de doloroso. Además deberá cuidar a su pareja, que físicamente necesitará recuperarse tras pasar por el parto. En muchas ocasiones y debido a la convalecencia de la madre, es el padre el que da el último adiós al vástago fallecido en solitario ¹⁹.

Culturalmente, los hombres están casi obligados a aguantar sus sentimientos, factor que dificultará su resolución del proceso.

De acuerdo con Knapp ²⁰, los dolientes que han perdido a un hijo reúnen seis características comunes:

- Promesa de no olvidar nunca al vástago perdido.
- Deseo de morir para reunirse con él.
- Intensificación de las creencias religiosas.
- Cambio de valores.
- Mayor tolerancia.
- Sombra permanente de dolor.

Vollman ²¹ nos dice que las familias que mantienen una relación abierta y una libre expresión de sentimientos tienen mayores posibilidades de adaptación a este tipo de situaciones respecto a aquellas que mantienen actitudes de negación y supresión de sensaciones.

Justificación: El motivo de elegir este tema para la realización de mi Trabajo de Fin de Grado es la necesidad existente en el personal sanitario de conocer las estrategias para afrontar la muerte perinatal, ya que afortunadamente no son casos muy frecuentes pero la atención que reciben las familias tiene mucho campo de mejora.

3. Objetivos

Objetivo general

Determinar la manera más adecuada de actuar por parte de los profesionales sanitarios para instaurar un proceso de duelo perinatal saludable.

Objetivos específicos

- Dar a conocer la realidad de la pérdida perinatal.
- Exponer las diferentes formas de vivir el duelo dentro de una familia.
- Conocer la legislación vigente de interés ante la muerte alrededor del nacimiento.

4. Material y métodos

4.1. Diseño

La metodología que se ha seguido en la realización de este trabajo es una búsqueda bibliográfica a partir de la siguiente pregunta con formato PICO:

Tabla 1: Pregunta PICO

P Pacientes	I Intervención	C Comparación	O Resultados
Familias que han recibido el diagnóstico de feto fallecido intraútero o cuyo recién nacido haya muerto.	Actuación de enfermería de acuerdo a recomendaciones de expertos.	No intervención o intervención con carencias.	Instauración de un duelo saludable en las familias que han sufrido una pérdida perinatal.
¿Una intervención enfermera adecuada ayuda a instaurar un duelo saludable en las familias que han sufrido una pérdida perinatal?			

Elaboración: Fuente propia

4.2. Fuentes de obtención de datos

Se realizó una búsqueda bibliográfica entre octubre de 2016 y abril de 2017, encontrando artículos relacionados con el tema en las siguientes bases de datos: PubMed, Dialnet, Cuiden, Scielo y Cochrane. Además, también se utilizó el buscador Google académico.

Se utilizaron las siguientes palabras clave combinadas con el operador booleano AND:

Tabla 2: Palabras clave

Base de datos	Palabras clave
PubMed	MeSH - Fetal death AND nurses
Cuiden	Muerte perinatal AND enfermería
Scielo	Muerte perinatal AND enfermería
Dialnet	Muerte perinatal AND enfermería
Cochrane	Muerte perinatal AND enfermería
Google académico	Muerte perinatal AND enfermería AND duelo

Fuente: Elaboración propia

Además de estos artículos científicos, se utilizaron guías de actuación de libre acceso para profesionales y familias, editadas por asociaciones como *Uma Manita* o *Menudos Corazones* y por instituciones sanitarias como el *Hospital General Universitario Gregorio Marañón* o el *York Teaching Hospital*.

4.3. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

- Artículos disponibles a texto completo que permitan el acceso libre.
- Artículos en español y en inglés.

Criterios de exclusión

- Artículos que no cumplan los criterios de inclusión.
- Artículos que traten la muerte en el primer trimestre de embarazo.

4.4. Selección de artículos

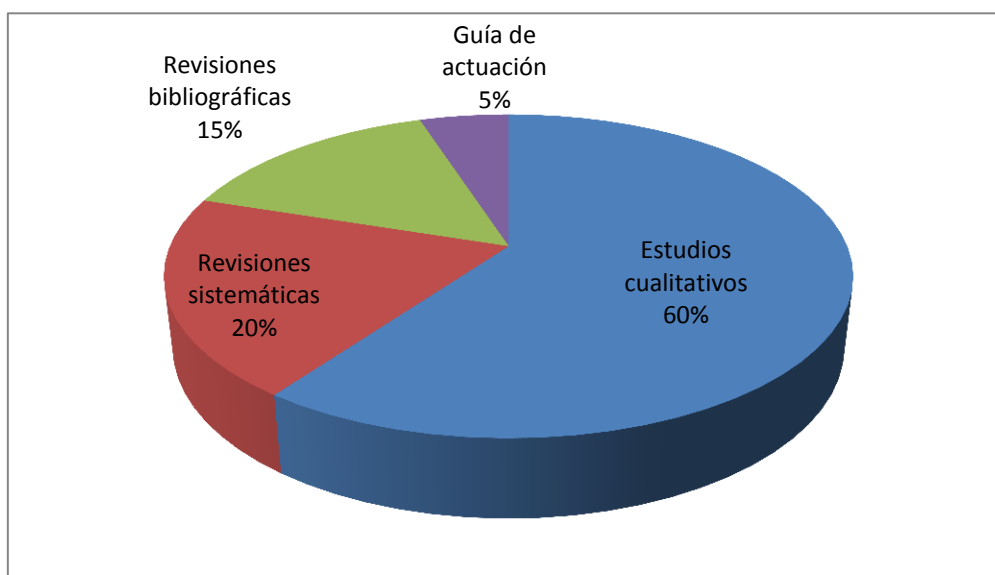
Tabla 3: Artículos encontrados y seleccionados

Base de datos	Palabras clave	Encontrados	Seleccionados
PubMed	Fetal death AND nurses	73	1 (referencia 41)
Cuiden	Muerte perinatal AND enfermería	62	3 (referencias 34, 45, 46)
Scielo	Muerte perinatal AND enfermería	1	0
Dialnet	Muerte perinatal AND enfermería	6	0
Cochrane	Muerte perinatal AND enfermería	1	0
Google académico	Muerte perinatal AND enfermería AND duelo	1370	16 (referencias 13, 22, 25, 26, 30, 31, 32, 33, 35, 36, 37, 40, 42, 43, 44, 47).
TOTAL		1513	20

Fuente: Elaboración propia

En total, se seleccionaron 20 artículos para la realización de este trabajo. De ellos, 12 son estudios cualitativos, 4 son revisiones sistemáticas, 3 son revisiones bibliográficas y 1 guía de actuación.

Gráfico 1: Clasificación de artículos seleccionados



5. Resultados

Es importante destacar que las intervenciones irán destinadas a consolar y acompañar a la familia para favorecer la instauración de un duelo saludable, pues quitarles el dolor por la pérdida es imposible. La meta es brindar el mejor cuidado posible en la peor circunstancia concebible ^{10, 14, 19}.

La muerte de un hijo no sólo implica aspectos físicos, también supone la pérdida de satisfacción que puede aportar la paternidad y la desaparición del rol de padres. Esto puede ocasionar problemas de pareja y deterioro en la capacidad de trabajar ²².

5.1. Actuación ante la muerte antenatal

La mujer suele solicitar asistencia por ausencia o disminución de los movimientos fetales. Este parámetro es indicativo del bienestar del feto, por lo que se recomienda a las mujeres prestar atención. Otros signos de alarma podrían ser la disminución del tamaño del abdomen materno o la desaparición de cambios asociados al embarazo ¹⁹.

El diagnóstico de certeza se obtiene mediante ecografía, comprobando el latido cardíaco fetal. Esto puede hacerse directamente o previa búsqueda por parte de la matrona con el doppler. No es raro objetivar esto en una visita rutinaria ¹⁹.

Una vez realizado el diagnóstico, el ginecólogo deberá comunicarlo a la familia. Se debe favorecer que la mujer se encuentre acompañada por su pareja o el familiar que ella elija. El lugar en el que los padres reciban la noticia debería ser tranquilo, permitiendo mantener la privacidad y la libre expresión de sentimientos. Se debe mantener la calma y actuar sin prisa, dedicando el tiempo necesario. Hay que hablar con lenguaje claro y comprensible, huyendo de tecnicismos. Se evitarán las expresiones frías, como feto, sustituyéndolo por otras como hijo, bebé o el nombre elegido, si lo conocemos. Es importante comprobar que han entendido la información que queremos transmitir, ya que en ocasiones la fase inicial de negación hace que se alberguen falsas esperanzas ^{10, 12, 19, 23, 24}.

Asistencia significa “*estar junto a*”²⁵. Cuando los padres conocen la noticia, es de vital importancia acompañar. Es la pauta más básica para favorecer el afrontamiento del duelo. Se acogerá a la pareja para que se sientan cómodos en la unidad. No se debe dejar a los dolientes solos, a menos que estos así lo deseen. Esto no significa quedarnos todo el rato al lado de la cama, pero sí dejar claro que estamos ahí para ayudar y que si necesitan algo sólo tienen que pedirlo. Necesitan privacidad, no abandono. En este periodo se desarrollarán los llamados cuidados primarios del duelo. El primero de ellos es informar de lo que ocurrirá en un periodo de tiempo breve, de forma sencilla y sin sobrecargarlos ya que debido al shock pueden tener la capacidad de procesamiento afectada. Así mismo se normalizará la situación, asegurando que lo que sienten es normal para autorizar la pérdida. La escucha activa es básica. En resumen, se debe actuar siguiendo el acrónimo LAST (Listen: escuchar, Acknowledgement: reconocimiento, Support: apoyar, Touch: el tacto como pieza fundamental de comunicación no verbal)^{10, 19}.

Se deben exponer las opciones disponibles, explicando las ventajas y los inconvenientes de forma clara y neutral, ofreciendo la oportunidad de preguntar las dudas. Resulta recomendable dar tiempo para que los interesados piensen y nos comuniquen su decisión.

Fundamentalmente, en este punto se debe hablar de la forma en la que se desarrollará el parto.

La vía más adecuada es la vaginal, siempre que el feto esté en posición cefálica o incluso podálica (si se encontrase en posición trasversa se propondría la opción de realizar una versión cefálica externa)¹⁹. Parir por esta vía reconforta el rol materno. Por el contrario, puede provocar angustia pasar por el trabajo de parto sin la esperada recompensa que es escuchar el llanto de un hijo recién nacido. Es tarea de los profesionales ayudar a los progenitores que no se sientan preparados para esta opción^{13, 26}. La recuperación postparto es más rápida por ser la forma fisiológica de alumbrar. Se recomienda recurrir a una cesárea solo por causa materna, ya que se trata de una cirugía con todo lo que eso conlleva. Además, aumenta el riesgo de pérdida perinatal en futuros embarazos, si los hubiera²⁷.

En cuanto al inicio del parto, se puede actuar de forma activa o expectante.

La conducta obstétrica activa aboga por programar la inducción en un corto periodo de tiempo. Esto reduce la ansiedad materna en un primer momento, pero favorece la aparición de complicaciones psicológicas por no haber tenido tiempo de asumir la noticia. Una inducción de parto entraña mayor porcentaje de intervenciones obstétricas, pudiendo fracasar y acabar en cesárea.

La conducta expectante propone dejar que el parto se desencadene por sí mismo. Existe evidencia que dice que en el 80% de los casos el parto comienza espontáneamente en un plazo de dos a tres semanas tras el fallecimiento (de manera inversamente proporcional a la edad gestacional). Esto favorecería un duelo funcional, al haber dejado a la madre tiempo para que digiera que su hijo ha existido, pero nacerá sin vida. Si el estado materno lo permite y las membranas están íntegras este periodo se desarrollará ambulatoriamente, permaneciendo en su domicilio y acudiendo al hospital cuando llegue el momento. Esta actitud incrementa el riesgo de complicaciones físicas derivadas de albergar en el vientre un feto fallecido, tales como infección y coagulopatía.

La corioamnionitis, infección del líquido amniótico y membranas, es una complicación rara si esta no es la causa que ha propiciado el óbito fetal. Los problemas de coagulación se suelen producir a partir de la segunda o tercera semana, salvo en el caso de existir un desprendimiento de placenta. Se deberán realizar controles analíticos, vigilando el hemograma (hematocrito) y la coagulación (vigilando el dímero D, una elevación en el fibrinógeno haría sospechar una coagulación intravascular diseminada). Además, es recomendable que la mujer se monitorice la temperatura cada 24 – 48 horas, a fin de detectar fiebre que haría sospechar infección.

Una opción intermedia sería la mixta. Se deja a la mujer un tiempo prudencial para que el parto se ponga en marcha espontáneamente, un máximo de tres semanas. Si esto no ocurre, la mujer acudiría al centro sanitario para comenzar la inducción. Existe así mismo un ligero aumento de la posibilidad de complicaciones maternas (riesgo menor que en la conducta expectante) por lo que se realizan también controles ¹⁹.

El hospital de York en ausencia de complicaciones maternas recomienda que los padres acudan al hospital a las 48 horas para comenzar el proceso del parto ²⁸.

Tabla 4: Conductas obstétricas para la finalización de la gestación

Conducta	Ventajas	Inconvenientes
Activa	Reduce la ansiedad materna inicial. Minimiza el riesgo de complicaciones físicas (infección y coagulopatía).	Inducción y aumento de intervenciones obstétricas. Fracaso de inducción y riesgo derivado de cesarea. Favorece complicaciones psicológicas posteriores.
Expectante	Asegura el inicio del parto espontáneo. Favorece el duelo funcional.	Incrementa los riesgos físicos. Necesidad de controles seriados.
Mixta	Favorece el duelo funcional. Favorece el inicio del parto espontáneo (80% en las primeras 2 – 3 semanas).	Ligero aumento de riesgos físicos. Necesidad de algún control seriado.

Fuente: *Modificado de Atención profesional a la pérdida y el duelo durante la maternidad*

En caso de inducir el parto, las recomendaciones indican empezar con oxitocina intravenosa si el test de Bishop es favorable. Si no es el caso, se administrarán prostaglandinas para preparar el cuello del útero ²⁹.

Sea cual sea la conducta elegida, siempre debemos informar a la mujer del estado en el que se encuentra y de las acciones que vamos a realizar, pidiendo su consentimiento. Se debería respetar al máximo el curso natural del parto, minimizando las episiotomías y dando a la mujer el tiempo necesario para dar a luz a su hijo ³⁰. Ofrecer a la mujer métodos para aliviar el dolor, tanto farmacológicos, siendo la anestesia epidural de elección, como no farmacológicos (elección de posturas, hidroterapia, musicoterapia...) ^{12, 19}.

Una vez se haya completado el periodo expulsivo, cuando haya nacido el bebé, se debe tratar a este con la misma calidez y respeto que lo haríamos si hubiera nacido con vida ²⁶. Preguntar a los padres si desean ver a su hijo y favorecer el contacto piel con piel si así lo desean.

5.2. Contacto con el recién nacido y creación de recuerdos

El contacto es uno de los aspectos más controvertidos. Se recomienda activamente evitar sedar a la mujer ^{10, 19}. En la actualidad, parece demostrado que ver al recién nacido puede aportar beneficios. Visualizar a su hijo hace afirmar su existencia, asumir que realmente ha existido pero que lamentablemente ha fallecido ³¹. Esta es la única oportunidad que tendrán los padres de disfrutar de su bebé y en muchas ocasiones, todo el tiempo que puedan compartir con él les parecerá insuficiente. Los padres sienten ganas, curiosidad, miedo y temor a ser juzgados ²⁶. El 94% desea ver a su hijo y el 82% también cogerlo en brazos ³². La mayoría de los que vieron a su hijo muestran satisfacción, tuvieron sentimientos encontrados pero los positivos se imponen a los negativos. El orgullo se mezcla con la pena, inseguridad y miedo ^{31, 33, 34}. El 62% de los padres que no han tenido contacto con su hijo tienden a arrepentirse cuando ya es demasiado tarde ³² y aumenta el riesgo de depresión en aquellos progenitores que no pudieron permanecer con su hijo todo el tiempo que deseaban ³³. Hay fuentes que abogan por la posibilidad de ofrecer a los padres ser ellos mismos los que realicen los cuidados habituales como corte del cordón umbilical, baño o vestido ³⁵.

En cuanto a la manera de ofrecer al recién nacido, la recomendación más extendida es hablar con los padres sobre qué es lo que desean hacer, informando de que hay padres que han obtenido beneficio con el contacto ^{26, 35}. Sea cual sea su decisión, el personal debe respetarla. Su actitud debe ser la de no presionar sino apoyar y respetar ²². Los padres que percibían apoyo en este aspecto estaban más predispuestos a ver a su hijo ³³. Los profesionales son uno de los llamados moderadores del contacto.

El aspecto físico del recién nacido también es uno de ellos pues los padres suelen expresar preocupación sobre este tema, por ello hay fuentes que recomiendan que se les informe de lo que cabe esperar ³⁵. Después de verlo, la mayoría sienten alivio al comprobar que tiene un aspecto normal y que guarda parecido con el resto de la familia, sin embargo, para otras resultó perturbador ³¹. Los padres de recién nacidos con anomalías congénitas tienen menores deseos de verlo por miedo ³³.

Así mismo, la edad gestacional y la forma en la que se presenta al neonato son factores que condicionan el contacto ³³.

Hay fuentes que recomiendan entregar al recién nacido sin preguntar ya que esto normaliza el proceso y no siembra dudas, así como en el nacimiento de un niño vivo se presupone que los progenitores están deseando abrazarlo. La actitud más frecuente por parte de los profesionales es ofrecer la posibilidad de ver a su hijo, seguido hacerlo sin consultar y de que sean las madres quienes lo soliciten ³⁶.

La creación de recuerdos es una alternativa para que los padres puedan conmemorar a su hijo. Consiste en entregarles objetos como la pulsera identificativa, las huellas, mechones de pelo, etcétera. No está clara la evidencia de este acto, la bibliografía consultada indica que esto no se asocia con tasas menores de problemas psicológicos ^{30, 33}. Según esta misma fuente, tampoco se relaciona con mejores tasas de afrontamiento del duelo el hecho de tener fotografías del hijo fallecido. Sin embargo, según otro artículo, los padres que poseen estos documentos están más satisfechos pues refuerza el sentimiento paterno, siendo por tanto favorable. De 93 padres que poseían imágenes, 92 estaban satisfechos. 11 no contaban con ellas y desearían tenerlas. El obstáculo más común a la toma de fotografías fue el estado de shock, que impedía tomar decisiones. Muchos de los participantes al principio eran reacios o no se les ocurrió. En 9 de los 93 casos, los profesionales mostraron una actitud positiva, en los demás mostraron una actitud indiferente o negativa, juzgando a los padres ³⁷.

5.3. Actuación tras el alumbramiento

Se debe realizar una inspección exhaustiva tanto del recién nacido como de la placenta, las membranas, el cordón umbilical y el líquido amniótico.

Es preciso comentar con los padres la posibilidad de realizar una autopsia, siendo esta la prueba más importante en relación coste – efectividad, consiguiendo averiguar la causa de la muerte en un 50 – 80% de las ocasiones ¹⁹. Conviene informar que de acuerdo con el *Royal College of Obstetrics and Gynaecologist* cuanto más tiempo trascurra entre el óbito y la autopsia, menor información proporcionará esta. En un 25% de los casos la causa de la muerte es desconocida ¹². Los progenitores pueden verla como una falta de respeto hacia su hijo. Se suele tardar entre 12 y 48 horas en realizarla, entregando después el cuerpo a la familia para que dispongan de él. Los resultados suelen estar disponibles en un plazo de entre seis días y tres meses ¹⁹.

Es importante que los profesionales informen a la pareja de los cambios propios del puerperio ^{22, 26, 32}.

Mención especial merece el manejo de la lactogénesis. Son muchos los casos en los que se tiende a proporcionar a la mujer unos comprimidos para evitar la subida de la leche, en muchos casos sin preguntar. Esta es una actitud paternalista que el personal adopta para intentar evitar a la mujer el dolor de ver cómo sus pechos producen alimento para un hijo que no lo necesita. La realidad es que se puede actuar de varias formas, siendo imprescindible debatirlo con la madre. Esto es algo que las interesadas reclaman, como se puede extraer de la encuesta *Pechos llenos, brazos vacíos* (llevada a cabo por Angels Claramunt y Susana Cenalmor) ³⁸.

La inhibición farmacológica es la que se ha usado tradicionalmente. Consiste en administrar *Cabergolina* por vía oral, lo que produce un bloqueo neuropsicológico. En ocasiones no es eficaz. Está contraindicado en casos hipertensión arterial durante el embarazo o en el postparto y también en mujeres con antecedentes de psicosis puerperal. Se desconoce si se elimina por leche materna.

La inhibición fisiológica consiste en extraer mínimas cantidades de leche materna, lo suficiente para aliviar la molestia que supone tener el pecho lleno pero no tanto como para vaciarlo completamente (estimulo que conllevaría el efecto contrario al deseado, producir mayor cantidad de leche). La retirada de la leche será progresiva.

La donación de leche materna es una opción que cobra cada vez más fuerza. Estarán ayudando a neonatos que se encuentren hospitalizados, haciendo que se sientan realizadas como madres. Puede subir su autoestima y disipar la culpa. Del mismo modo, la mujer aprovecha los beneficios físicos que produce sobre ella la lactancia materna. Al segregarse hormonas como la oxitocina, la prolactina, la dopamina o las endorfinas se inactiva en parte la respuesta al estrés, pudiendo considerarlo como un ansiolítico natural. También conviene decir que se puede convertir en un doloroso recuerdo de su hijo ¹⁹.

5.4. Instalaciones para el duelo

Desde que se conoce la noticia hasta el alta, se debe identificar el lugar donde se encuentre la pareja en duelo. La mariposa (especialmente azul) se relaciona con la muerte perinatal. Esto ayuda a situar la habitación y evitar comentarios y situaciones incómodas ^{10, 12, 19}.

Se debe comentar con los padres la opción de permanecer en la planta de hospitalización obstétrica. Hacerlo les supondría tener que escuchar los llantos de vida que su hijo no tuvo, pero cursar el ingreso en otra área sin preguntar supondría sumirles a un aislamiento que quizás no desean ³⁵. Además, la puérpera tiene derecho a recibir unos cuidados postparto por parte de personal que conozca sus características. Si su estado tanto físico como psicológico lo permite, se debe fomentar el alta hospitalaria precoz.

Las salas de parto y plantas de obstetricia están preparadas para recibir vida. El nacimiento está asociado a ruido y escucharlo puede ser muy doloroso para los padres en duelo. En algunos hospitales se están empezando a crear los llamados circuitos del duelo, que proponen no poner en contacto a los padres que han sufrido una pérdida con los de recién nacidos sanos. Estas instalaciones deben estar insonorizadas y deben proporcionar privacidad y libertad de ritos. Se deben instalar en zonas poco transitadas y estar identificadas y correctamente preparadas. Conviene que el personal sepa donde ha de ubicar a estos pacientes, pues la desorganización externa aumenta la inseguridad de los padres ³⁹.

5.5. Seguimiento del duelo

Se deberían concertar una serie de citas de seguimiento postparto a fin de asegurar una recuperación favorable y entregar los resultados de anatomía patológica y la autopsia, si la hubiera. El 91% de los padres que realizaron estas visitas estaban satisfechos ³².

Se recomienda realizar la primera visita durante la primera semana tras el alta. Se debe comprobar el estado físico de la madre (toma de constantes, valoración de la involución uterina y los loquios, estado del periné, estado de las mamas y eliminación) y el estado psicológico, intentando identificar signos de alerta sobre duelo disfuncional si los hubiera. Así mismo, se debe empezar a asesorar sobre anticoncepción.

La segunda visita está aconsejada en torno a los 60 días de la pérdida, ya que habrá pasado la llamada cuarentena y el cuerpo habrá completado la regresión a la normalidad tras el puerperio. Además, se considera que la fase aguda del duelo se ha superado. Se recomienda pasar a las mujeres la escala de duelo perinatal (PGS por el inglés *Perinatal Grief Scale*), utilizando su versión corta. Incluye 33 ítems que evalúan tres apartados: reacciones normales del duelo, estado de salud mental y recursos de afrontamiento. Para una atención integral a la familia sería necesario que la pareja u otros miembros, según cada caso, también la realizasen. No deben descuidarse los aspectos físicos. Se deben recordar los consejos anticonceptivos básicos.

Si se ha detectado riesgo tras la realización del PGS, se realizará una tercera revisión a los seis meses ¹⁹.

Una coordinación adecuada entre atención primaria y especializada ayuda al mejor control de los dolientes ²⁶. Los profesionales deben conocer recursos como grupos de apoyo para recomendar a los padres ⁴⁰.

Es importante destacar que la mejor forma de superar la pérdida de un hijo no es un nuevo vástago. Si se desea volver a conseguir una gestación, se debería esperar a que la mujer esté preparada físicamente y la familia preparada psicológicamente (se suele recomendar un periodo intergenésico de 18 meses). El embarazo tras una

muerte perinatal constituye una situación estresante que debe ser seguida de forma más intensa. Después de haber sufrido la tragedia, aumenta el miedo y la ansiedad. Los padres tienden a no mostrar sus sentimientos hacia la nueva vida que crece como mecanismo de protección. Así mismo, pueden experimentar un estado de hipervigilancia, llevando a solicitar asistencia más frecuentemente. El riesgo de recurrencia dependerá de la causa de la muerte fetal y de la resolución o no de esta. Si no ha sido posible descubrir la causa del fallecimiento, se estima en un 3% el riesgo de recurrencia, que se eleva a un 11% en caso de haber sufrido dos pérdidas gestacionales ¹⁹.

5.6. Importancia de los profesionales

Todo el equipo sanitario debe ir en la misma dirección y trabajar de forma multidisciplinar, teniendo cada uno su campo de actuación ^{10, 12, 19}. Sin embargo, el papel de la enfermera (la matrona en el paritorio) es indispensable, por ser el profesional que más tiempo pasa con los pacientes. Las enfermeras son las que mayor soporte emocional proporcionan, obteniendo un nivel de satisfacción más alto (el 86% de los padres comentan que hablar con su enfermera les sirvió de ayuda). Las opiniones no son uniformes, pues los dolientes también expresan decepción en algunos casos ⁴¹. Los médicos, en general, son descritos como fríos o neutrales (53,5%). Ninguna madre los señaló como una fuente de apoyo. El equipo sanitario se considera el tercer recurso más útil, por detrás de los grupos de apoyo y las ceremonias de duelo. El equipo sanitario se percibió como apoyo en un 46% de los casos e inútil en el 35%. Como áreas de insatisfacción destacan la falta de información, el parecer haber olvidado la pérdida, los comentarios desagradables y la falta de apoyo emocional ⁴².

Se consideran útiles para el mejor afrontamiento del duelo los enfermeros que permitieron la libre expresión de sentimientos, los que usaron el humor acertadamente y los que pasaron tiempo extra con la familia, así como aquellos que los trataron como lo que son: padres. Así mismo se agradece también que se adapten las normas del hospital ⁴².

Las interacciones que los afectados tanto valoran sólo suponen para los profesionales un pequeño esfuerzo, que a su vez debería ir implícito en su forma de actuar. Es necesario en los profesionales una combinación de inteligencia emocional, habilidades, experiencia y capacidad humana y de respuesta. Sólo hay una oportunidad para hacerlo bien, marcará de por vida ^{22, 26, 43}.

Los padres se encuentran en una situación en la que son especialmente sensibles a los mensajes y actuaciones ²². Tan importante es la comunicación verbal como la no verbal. El lenguaje corporal, el contacto visual, la expresión facial, el tono de voz, el contacto físico, la proximidad, la postura, etcétera son una parte importante de la comunicación y además, son aspectos que quedarán marcados para siempre en la memoria de estos pacientes. El tacto puede ser nuestro aliado para hacerles ver que estamos con ellos. Si no sabemos qué decir por lo complicado de la situación, ofrecer silencio es mejor que formular comentarios inaceptables y fuera de principios éticos. Aunque es lícito sentirnos apenados y mostrar tristeza no debemos derrumbarnos ante los padres pues somos la persona de referencia ⁴⁴. Se deben evitar frases del tipo “tenéis que ser fuertes, no lloréis”, “eres joven, puedes tener más hijos”, “ahora está en un lugar mejor” o “ya lo olvidarás, el tiempo todo lo cura” ^{10, 19, 45}.

Un error común en estas circunstancias es centrarse en los cuidados físicos por sentirnos preparados para ello, olvidando los emocionales que quizás sean los más necesarios. Se pone en práctica el distanciamiento como mecanismo de defensa ³⁰. Para el personal es una experiencia difícil que supone un reto y también una oportunidad para crecer tanto en el ámbito profesional como personal. Tener un impacto positivo para los padres en duelo reconforta y reporta grandes satisfacciones si se consigue actuar bien. El afrontamiento está condicionado por las vivencias personales ante la muerte. Es común empatizar demasiado y llevarse a casa el recuerdo de la situación, lo que en muchas ocasiones hace que valoren aún más su propia familia ^{26, 44}. El arma más importante es la formación ^{13, 30, 43}, siendo necesario conocer las peculiaridades interculturales de cada duelo ⁴⁶.

El apoyo por parte de los compañeros y la familia es transcendental, así como dejar pasar el tiempo suficiente entre partos de bebés fallecidos y partos de bebés sanos. No debe ser siempre la misma persona la que atienda a nacimientos sin vida ^{10, 44}.

Sobre las dificultades destacan el desconocimiento del acompañamiento afectivo al duelo, falta de habilidades para ofrecer apoyo sin involucrarse emocionalmente, falta de empatía, falta de herramientas de manejo de conflictos, falta de herramientas de control de las propias emociones y dificultades estructurales (falta de tiempo, espacios no adecuados, falta de apoyo por parte de otros servicios). Con pocos recursos y esfuerzo se conseguiría mejorar la atención notablemente ⁴⁰.

Cuando se les pregunta sobre la autopercepción de la calidad de la atención prestada, el resultado oscila entre 6,5 y 6,68 ⁴⁰.

5.7. Derechos y deberes

Cuando la pareja abandone el hospital, el personal debe haber rellenado y entregado la declaración de alumbramiento de criaturas abortivas y una hoja de entrega de cadáveres, si el caso lo requiere. Además, como en cualquier parto, se hará lo mismo con el boletín estadístico del INE destinado para ello ¹⁹.

Hace algunos años, no se adquiría la personalidad jurídica hasta que el bebé pasaba 24 horas con vida fuera del útero materno. A partir del 23 de julio de 2011, gracias a la ley 20/2011 y su posterior reforma, “la personalidad se adquiere en el momento del nacimiento con vida”. Se podrá inscribir en el Registro Civil, especificándose que falleció. Si la muerte se produce intraútero, el feto no podrá ser inscrito, constandingo como criatura abortiva.

En cuanto al derecho a prestaciones para los padres, conviene especificar. Para el derecho a la baja maternal, si el feto ha nacido muerto la edad gestacional debe ser mayor a 180 días; en el caso de nacer con vida, se concede. Para la baja paternal, el feto debe nacer vivo y permanecer así durante 24 horas, de lo contrario no se concederá. Esto constituye una contradicción a la ley anteriormente citada ⁹.

Se debería saber asesorar a los padres sobre el manejo del cuerpo sin vida, ya que disponer de él constituye un derecho pero también un deber. Deben contratar servicios funerarios, ya que el cadáver no puede ser transportado en un coche particular, si no en los destinados para tal fin. Si se trata de familias sin recursos, excepcionalmente los organismos públicos asumirán la responsabilidad ¹⁹.

5.8. Actuación ante la muerte en los primeros días de vida

El fallecimiento en los primeros momentos de la vida es algo poco frecuente pero no imposible. Cuando un recién nacido se encuentra ingresado en la unidad neonatal con pronóstico grave, los padres se enfrentan a una situación en la que se mezclan sentimientos de amor y rechazo. Inician el vínculo con su hijo mientras tienen que tomar decisiones que en ocasiones resultan muy complicadas. Acompañan y cuidan a su hijo hasta la muerte, lo que les permite desarrollar el rol de padres ⁴⁷.

Los progenitores agradecen en estos momentos tener un sitio donde alojarse, tener acceso a lugares adecuados para la extracción y el almacenamiento de la leche materna, poder ver, tocar y abrazar a su hijo, que se les ofrezca privacidad en el contacto y la posibilidad de bautismo ²⁵.

6. Discusión

Es evidente que la muerte perinatal marca un antes y un después en la vida de una familia y que el acompañamiento que desempeñe el personal de enfermería será determinante en la formación de un duelo que de por sí se presenta como complicado y con elevado riesgo de ser disfuncional. El objetivo es brindar el mayor apoyo, siendo imposible eliminar la desgracia.

Para el inicio del parto cada vez son más las opiniones que abogan por optar por un manejo expectante, dando tiempo a los padres a asumir aquello por lo que están pasando. Se recomienda que el parto se realice por vía vaginal, realizando una cesárea sólo en casos necesarios. El buen hacer del personal puede conseguir alejar el miedo de los padres a pasar por el proceso sin la motivación de recibir vida. Aunque las recomendaciones indican no sedar a la mujer se deben ofrecer técnicas tanto farmacológicas como no farmacológicas para aliviar el dolor.

En ningún momento se debe dejar de hacer partícipe del proceso a la parturienta y su pareja, ya que es un momento especial en su vida independientemente del pronóstico de su hijo. Se debe informar de lo que se va haciendo, pidiendo su consentimiento.

Las recomendaciones actuales aconsejan sondear a los padres, preguntar si van a desear ver a su recién nacido. Puede que esto siembre dudas, que podrán ser disipadas en parte por las actuaciones del personal, pero no hacerlo y ofrecer el cuerpo sin vida sin haber preguntado puede tener un impacto negativo en el duelo. Sabiendo esto, debemos informar a los padres de los beneficios demostrados que reporta el tener contacto con su hijo, sin presionar en ningún caso y apoyando siempre. La actitud de los profesionales debe ser siempre respetuosa con el neonato, tratándolo con la misma calidez que si estuviera vivo. Se puede iniciar la recolección de recuerdos para entregar a los padres posteriormente si así lo desean aunque esta acción no ha demostrado ser efectiva para reducir las tasas de problemas psicológicos posteriores. Lo mismo ocurre con la toma de fotografías aunque los progenitores que las poseen lo valoran de manera favorable.

Si la pareja en duelo lo desea se realizará al niño una autopsia para intentar averiguar la causa de la muerte, algo a lo que no todos acceden.

Conviene advertir a la puérpera los cambios que se producirán en su organismo tras el parto. En este punto es importante destacar la secreción láctea que no se debe inhibir farmacológicamente por rutina. El camino recomendado es debatirlo con la mujer, explicarle qué opciones hay y que ella decida la que más le convenga ya que quizá le parezca mejor recurrir a la inhibición fisiológica o a la donación de leche materna.

Es preciso comentar con los padres detalles relativos a su estancia en el hospital. Una hospitalización en la unidad obstétrica supondría escuchar continuamente llantos pero ubicarlos en otro servicio sin consultar les podría sumir en un aislamiento que quizá no deseen.

Un seguimiento de la familia está recomendado en todos los casos, a fin de lograr continuidad y seguir mostrando a los padres nuestro apoyo para que no se sientan solos. Es conveniente realizar al menos dos visitas, aumentándose este número si detectamos signos de alarma.

Es importante recordar a los padres la necesidad de anticoncepción. Un nuevo embarazo no les hará olvidar al hijo que han perdido y aumentará los miedos en una etapa que debería ser vivida con ilusión. Se recomienda esperar al menos 18 meses para intentar ampliar la familia nuevamente.

Las enfermeras consiguieron una tasa más alta de satisfacción para los padres en comparación con los médicos. La asistencia a una circunstancia de estas características no puede ser improvisada. Los profesionales se deben formar para ofrecer la mejor atención, pero también sería necesario mejorar las habilidades de afrontamiento del duelo de la población en general, lo que se podría intentar desde los colegios incluyéndolo en el programa curricular.

En cuanto a los derechos y deberes de los padres, en los últimos años se ha avanzado pero aún queda mucho por hacer. Se debe luchar por eliminar la contradicción de que se considere a un bebé como persona jurídica si nace con vida pero se deban esperar 24 horas para que los padres puedan disfrutar de la baja por paternidad.

7. Conclusiones

El personal sanitario juega un papel fundamental en la instauración del duelo, debiendo formarse adecuadamente para ofrecer la mejor atención.

Se recomienda preguntar a los padres si desean conocer a su hijo. El contacto tiene un efecto favorecedor del duelo.

Se aconseja intentar que el parto sea vaginal para favorecer la recuperación física y psicológica de la madre. Se debe discutir con la pareja la conducta obstétrica a seguir, exponiendo las opciones junto con sus ventajas e inconvenientes.

Se debe empoderar a la mujer a decidir qué hacer en relación a la galactogénesis, ya que la inhibición farmacológica no es la única posibilidad. Opciones como la inhibición fisiológica y sobre todo la donación de leche materna cobran cada vez más fuerza.

Un embarazo precoz no favorece el duelo, recomendándose un periodo intergenésico mínimo de 18 meses.

Realizar un seguimiento de la familia en el duelo por muerte perinatal permite detectar signos de alarma y seguir apoyando a los dolientes.

8. Bibliografía

1. Worden W. El tratamiento del duelo, asesoramiento psicológico y terapia. 1ª ed. Barcelona: Paidós; 1997.
2. Neimeyer R. Aprender a vivir con la pérdida. 3ª ed. Barcelona: Paidós; 2002.
3. Kübler – Ross E. Sobre la muerte y los moribundos, alivio del sufrimiento psicológico. 4ª ed. Nueva York: Grijalbo; 1972.
4. Cabezas E, Catell J, Famot U. Mortalidad materna y perinatal. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2002; 28: 1 – 23.
5. Instituto Nacional de Estadística (INE). Muerte fetal tardía. Datos avanzados del primer semestre de 2014.
6. Carrera JM. Recommendations and guidelines for perinatal medicine. 1ª ed. Barcelona: EGS; 2007.
7. Isle S. Empty arms: coping after miscarriage, stillbirth and infant death. 20th ed. Minnesota: Wintergreen Press; 1996.
8. Lewis A. The attitudes of young children towards peers with severe learning difficulties. Coventry. The British Psychological Society. 1987.
9. Ley 20/2011, de 21 julio, del Registro Civil. BOE nº 175 de 22 de julio de 2011.
10. Cassidy J, Castro J, Lo Cascio LM, Villacampa G, Blázquez MJ, Claramunt MA. Guía para la atención a la muerte perinatal y neonatal. Umamanita. 2009. Disponible en: <http://www.umamanita.es/guia-de-atencion-a-la-muerte-perinatal-y-neonatal/>
11. Martos IM, Sánchez M, Guedes C. Atención a la pérdida perinatal, una asignatura pendiente para enfermería. Paraninfo Digital. 2015; 22.
12. Contreras M, Ruiz B, Orizaola A. Protocolo – Guía de muerte fetal y perinatal. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. 2016. Disponible en: <http://www.redelhuecodemivientre.es/wp-content/uploads/PROTOCOLO-HUMV-2016.pdf>
13. Kelley M, Trinidad S. Silent loss and the clinical encounter: parents' and physicians' experiences of stillbirth, a qualitative analysis. BMC Pregnancy & Childbirth. 2012; 12: 137 – 40.
14. Asociación Krisalida de apoyo al duelo. Pautas para una mejor intervención en duelo perinatal, guía para el personal sanitario. 2011. Disponible en:

http://www.redelhuecodemivientre.es/wpcontent/uploads/Guia_perinatal_definitiva_KRISAL

15. Bourne S. Psychological impact of stillbirth practitioner. Perinat Educ. 1983: 53 – 60.
16. 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 - 9.
17. Cid L. Explícame que ha pasado, guía para ayudar a los adultos a hablar de la muerte y el duelo con los niños. Fundación Mario Losantos del Campo. Proyecto Aprendiendo a vivir explicando el morir. 2011. Disponible en: <http://www.asociaciongwi9525.org/doc/guia-duelo-infantil.pdf>
18. Artmemori. Psicólogas especializadas en duelo. Mi cuaderno de apoyo, guía de ayuda al duelo. Grupo Alvia. 2015. Disponible en: http://www.albia.es/pdf/albia_cuaderno_de_ayuda_al_duelo.pdf
19. Santos P, Yáñez A, Al – Adib M. Atención profesional a la pérdida y el duelo durante la maternidad. Servicio Extremeño de Salud. 2015. Disponible en: <https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/>
20. Knapp RJ. Beyond endurance, when a child dies. 2ª ed. Nueva York: Schocken Books; 1986.
21. Vollman S. Self-Disclosure in the Therapeutic Relationship. 1ª ed. Nueva York: Garden City; 1971.
22. Downe S, Schmidt E, Kingdon C, Heazell A. Bereaved parents' experience of stillbirth in UK hospitals: a qualitative interview study. BMJ Open. 2013; 12: 134 – 7.
23. García MP, Ortiz MJ, Bautista ML, Juan A, Martín B, Castro R, Manzanal, MV. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Actuación de la matrona ante la muerte perinatal. Protocolo asistencial. 2011. Disponible en: http://www.redelhuecodemivientre.es/wpcontent/uploads/Protocolo_Gregorio_Maranon_M
24. Soto V, Rodriguez N, Martinez C, Rubio S, Martinez C. Guía de actuación y acompañamiento en la muerte gestacional tardía. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. 2016. Disponible en: <http://www.redelhuecodemivientre.es/wp-content/uploads/Guia-duelo-perinatal-MURCIA.pdf>

25. Montesinos A, Román A, Muñoz M, Elías L. Asistencia al duelo neonatal: diez años de experiencia en una unidad de neonatología. *Rev Chil Pediatr.* 2013; 84: 650 – 8.
26. Kingdon C, O'Donnell E, Givens J, Turner M. The role of healthcare professionals in encouraging parents to see and hold their stillborn baby: a meta – synthesis of qualitative studies. *PLoS One.* 2015; 10: 1 – 20.
27. Smith G, Wood A, Pell J, Dobbie R. First cesarean birth and subsequent fertility. *Society for Gynecologic Investigation.* 2003; 1: 90 – 5.
28. Ayres S, Shelley B. Care of women and families experiencing the death of an unborn baby. York Teaching Hospital, NHS Foundation Trust. 2012. Disponible en: http://www.redelhuecodemivientre.es/wp-content/uploads/Protocolo_York_Teaching_Hospital.pdf
29. Harper LM, Caughey AB, Odibo AO, Roehl KA, Zhao Q, Cahill AG. Normal progress of induced labor. *Obstet Gynecol.* 2012; 119: 1113 – 8.
30. Pastor SM, Romero JM, Hueso C, Lillo M, Vacas A, Rodríguez MB. La vivencia de la pérdida perinatal desde la perspectiva de los profesionales de la salud. *Rev. Latino – Am. Enfermagem.* 2011; 19: 1 – 8.
31. Ryninks K, Roberts – Collins C, McKenzie – McHarg K, Horsch A. Mothers' experience of their contact with their stillborn infant: an interpretative phenomenological analysis. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2014; 14: 1 – 10.
32. Gravensteen IK, Bjork HL, Jacobsen EM, Radestad I, Sandset PM, Ekeberg O. Women's experiences in relation to stillbirth and risk factors for long – term post – traumatic stress symptoms: a retrospective study. *BMJ Open.* 2013; 3: 1 – 10.
33. Hennegan J, Henderson J, Redshaw M. Contact with the baby following stillbirth and parental mental health and well – being: a systematic review. *BMJ Open.* 2015; 5: 1 – 19.
34. Oviedo S. Significado de la muerte del hijo en periodo perinatal para la madre: una mirada enfermera hacia el cuidado. Universidad de Carabobo. 2011; 23: 1 – 25.
35. Peters M, Lisy K, Riitamo D, Jordan Z, Aromataris E. Caring for families experiencing stillbirth. *Women birth.* 2015; 28: 272 – 278.

36. Erlandsson K, Warland J, Cacciatore J, Radestad I. Seeing and holding a stillborn baby: mothers' feelings in relation to how their babies were presented to them after birth. *Midwifery*. 2012; 29: 246 – 250.
37. Blood C, Cacciatore J. Best practice in bereavement photography after perinatal death: qualitative analysis with 104 parents. *BMC Psychology*. 2014; 2: 1 – 10.
38. Claramunt A, Cenalmor S. Pecho lleno, brazos vacíos: manejo de la lactogénesis en la pérdida perinatal. En: VIII Congreso Fedalma. Castelldefels. 2011.
39. Asociación Menudos Corazones. Primeros momentos tras la pérdida de un hijo. 1ª ed. Barcelona. 2012. Disponible en: <https://www.menudoscrazones.org/wp-content/uploads/MC0038-Gui%20%95%A0%C3%BCa-de-Duelo-Baja.pdf>
40. Domínguez MJ. Elaboración y prueba piloto de un cuestionario para conocer la capacidad y la disposición del personal sanitario en el acompañamiento al duelo perinatal. *Nure Investigación*. 2013; 62.
41. Simwaka K, de Kok B, Chilemba W. Women's perceptions of nurse-midwives' caring behaviours during perinatal loss in Lilongwe, Malawi: an exploratory study. *Malawi Medical Journey*. 2014; 26: 8 – 11.
42. Gold, KJ. Navigating care after a baby dies: a systematic review of parent experiences with health providers. *Journal of perinatology*. 2007; 27: 230 – 237.
43. Ellis A, Chebsey C, Storey C, Bradley S, Jackson S, Flenady V, Heazell A, Siassakos D. Systematic review to understand and improve care after stillbirth: a review of parents' and healthcare professionals' experiences. *BMC Pregnancy & Childbirth*. 2016; 16: 1 – 19.
44. Jonas – Simpson C, Pilkington F, MacDonald, C, McMahon E. Nurses' experiences of grieving when there is a perinatal death. *SAGE Open*. 2013; 56: 114 – 9.
45. Pastor S, Romero JM, Paloma O, Paramio JC, Toledano AC, Ortigón JA. Buenas prácticas en atención a la pérdida perinatal. *Parainfo Digital*. 2013; 19: 1 – 8.
46. Martos I, Sánchez M, Guedes C. Duelo por muerte perinatal, un duelo desautorizado. *Revista Española Comun Salud*. 2016; 7: 300 – 309.

47. Tejedor JC, López J Herranz N, Nicolás P, García Muñoz, Pérez J. Recomendaciones sobre toma de decisiones y cuidados al final de la vida en neonatología. An Pediatr. 2012; 78: 190 – 4.

9. Anexos

Anexo I – Tabla resumen de artículos

Título, autores y año de publicación	Tipo de estudio	Muestra y características	Metodología	Aspectos estudiados	Resultados más destacables
<p>Silent loss and the clinical encounter: Parents' and physicians' experiences of stillbirth Maureen C Kelley, Susan B Trinidad. 2012.</p>	Estudio cualitativo.	22 participantes (18 mujeres y 4 hombres), entre padres y médicos especialistas en ginecología y obstetricia.	Seleccionados con la técnica bola de nieve, entrevistas posteriormente transcritas.	La muerte intrauterina es algo inesperado, desde el diagnóstico hasta el parto, la inadecuada preparación de las instalaciones, la importancia de la empatía de los profesionales, la ambivalencia en el duelo, qué decir y qué no, el silencio de la sociedad.	<p>Importancia de la formación.</p> <p>Los padres se sienten desamparados desde el ingreso hasta el parto. Las instalaciones no están preparadas.</p> <p>La falta de apoyo se concibe como una de las partes más difíciles del proceso.</p>
<p>Bereaved parents' experience of stillbirth in UK hospitals Soo Downe, Ellie Schmidt, Carol Kingdon, Alexander E P Heazell. 2013.</p>	Estudio cualitativo.	22 familias, en 19 casos la madre fue entrevistada sola y en los 3 casos restantes, estaba acompañada por el padre.	Encuesta online y posteriores contactos telefónicos para obtener más información.	Experiencia de los padres y la adecuación de los cuidados prestados.	<p>Los padres sienten alegría por haber conocido a su hijo.</p> <p>Los profesionales deben apoyar a lo que deciden hacerlo.</p> <p>Los padres aprecian que se trate bien a su hijo.</p>
<p>Asistencia al duelo neonatal: diez años de experiencia en una Unidad de Neonatología Antonieta Montesinos G. Andrés Román N. Maribel Muñoz M. Lucía Elías B. 2013.</p>	Estudio cualitativo.	440 recién nacidos fallecidos tras la puesta en marcha de un programa específico.	Se formó un comité de manejo del duelo neonatal que se encargó de impartir dos talleres al personal de la UCIN. Se elaboró un plan de ayuda a familias en duelo, que quedó incluido en el manual de procedimientos de la unidad. Para la evaluación del impacto en el personal se aplicó una	Analizar si la puesta en marcha de determinadas estrategias ayudan a mejorar el duelo tras haber perdido un hijo en periodo neonatal.	<p>De 440 fallecidos, se avisó al 98,8% de los padres. La presencia aumentó de un 66% a un 85,9%.</p> <p>Asistieron a seguimiento el 46,4%.</p> <p>El 83,3% consideró en esta conversación como "mejor" o "mucho mejor" de lo esperado.</p> <p>Los padres apreciaron las</p>

			encuesta escrita a 51 profesionales. Para la evaluación del impacto en los padres se revisó la ficha de conversación postmortem.		facilidades otorgadas por la unidad (75%), la buena atención recibida (68,7%) y la información recibida (62,5%).
<p>The role of healthcare professionals in encouraging parents to see and hold their stillborn baby Carol Kingdon, Emer O'Donnell, Jennifer Givens, Mark Turner. 2015.</p>	Revisión sistemática.	333 padres de 6 países diferentes. La edad gestacional va de 20 a 41 semanas y el tiempo que ha pasado desde la pérdida va de 3 meses a más de 10 años.	Búsqueda bibliográfica y selección de 12 artículos para posterior revisión y extracción de ideas principales.	La importancia del cuidado, el aspecto de los recién nacido y oportunidades perdidas para el resto de la vida.	La actuación profesional tiene repercusión a largo plazo. Es importante que los profesionales respeten a su hijo. Agradecen también recibir información. Los padres agradecen que se facilite el contacto si es lo que desean. Si no es el caso, no se debe presionar.
<p>La vivencia de la pérdida perinatal desde la perspectiva de los profesionales de la salud Sonia María Pastor Montero. José Manuel Montero Sánchez. César Hueso Montoro. Manuel Lillo Crespo. Ana Gema Vacas Jaén. María Belén Rodríguez Tirado. 2011.</p>	Estudio cualitativo.	19 profesionales (enfermeras, auxiliares, matronas y obstetras) que hubiesen presenciado algún caso de muerte perinatal y cuyo contrato no fuese eventual.	Se realizaron entrevistas en profundidad con guión semiestructurado, recogiendo además notas de campo.	Práctica asistencial, sentimientos y creencias. Se agruparon subtemas como formación, estrategias emocionales y guías de actuación.	La tendencia es centrarse en los cuidados físicos evadiendo los psicológicos. Los problemas se relacionan con el desconocimiento. La formación ayudaría. Se tiende a disminuir las intervenciones innecesarias, respetando las decisiones de la pareja. Se debe permitir ver y tocar al bebé si así lo desean los padres.
<p>Mothers' experience of their contact with stillborn infant Kirsty Ryninks, Cara Roberts – Collins, Kirstie McKenzie – McHarg, Antje Horsch. 2014.</p>	Estudio cualitativo.	21 madres que han sufrido pérdida perinatal (de media a las 35 semanas de gestación). Todas vieron a su hijo y 19 lo tuvieron en brazos.	Entrevistas posteriormente analizadas.	Características del contacto, aspecto físico, experiencia emocional y finalidad del contacto.	Es importante ver a un hijo y pasar tiempo con él. El orgullo materno se impone a la pena. Sirve para darse cuenta y aceptar que su hijo ha fallecido.
<p>Women's experiences in relation to stillbirth and</p>	Estudio cualitativo.	106 mujeres que hayan sufrido pérdida perinatal.	Cuestionario previa invitación analizado	Experiencia de las madres antes, durante y después	El 94% de las entrevistadas quisieron

<p>risk factors for long – term post – traumatic stress symptoms. Ida Gravensteen, Linda Helgadottir, Eva Jabobsen, Ingela Radestad, Per Sandset, Oivind Ekeberg. 2013.</p>			posteriormente.	del parto, contacto con el recién nacido y síntomas de estrés postraumático.	ver a su hijo, el 82% también cogerlo. Las emocionales al hacerlo fueron encontradas pero prevalecen las positivas. El 91% de las que realizaron seguimiento se sintieron satisfechas.
<p>Contact with the baby following stillbirth and parental mental health and well – being. Julie Hennegan, Jane Henderson, Maggie Redshaw. 2015.</p>	Revisión sistemática.	11 estudios.	Búsqueda bibliográfica en ASSIA, BNI, Cochrane, CINAHL, EMBASE, MEDLINE, Open Gray, Psycinfo.	Impacto de contacto con el recién nacido, sostener al recién nacido y otro contacto/creación de recuerdos.	La mayoría reportan satisfacción al ver o coger a su hijo, sienten calidez y orgullo mezclado con miedo. Crear recuerdos no se asocia a tasas menores de problemas posteriores. Los padres que se sentían apoyados por el personal estaban más predispuestos a coger a su hijo.
<p>Caring for families experiencing stillbirth: evidence – based guidance for maternity care providers Micah Peters, Karolina Lisy, Dagmara Riitamo, Edoardo Aromataris. 2015.</p>	Revisión sistemática.	22 estudios.	Búsqueda bibliográfica en PubMed, CINAHL, EMBASE, PsycINFO.	Implicaciones para la práctica clínica, diagnóstico de muerte fetal, preparación de los padres para la inducción y el parto, durante e inmediatamente después del nacimiento, seguimiento y cuidados apropiados según la cultura.	Los amigos y la familia son un apoyo importante en el proceso de duelo. Se aprecia la empatía y el apoyo emocional por parte de los profesionales. Se debe hacer partícipes a los padres de las decisiones. Se debe informar del aspecto que se supone que tendrá el recién nacido para que los padres decidan si quieren verlo o no.
<p>Seeing and holding a stillborn baby: mothers feelings in relation to how their babies were presented to them after birth Kerstin Erlandsson, Jane Warland, Joanne</p>	Estudio cualitativo.	840 madres que han experimentado pérdida perinatal.	Cuestionario de 94 ítems que fue validado por grupos de madres.	Forma en la que los recién nacidos fueron presentados y reacción de la madre.	Lo más común es que se pregunte a la madre si quiere conocer a su hijo seguido de ofrecerlo sin preguntar y de que sean las madres las que lo pidan. Cuando se hace sin preguntar se normaliza la

Cacciatore, Ingela Radestad. 2012.					situación, el preguntar puede sembrar dudas.
Best practice in bereavement photography after perinatal death Cybele Blood, Joanne Cacciatore. 2014.	Estudio cualitativo.	181 padres cuyos hijos han muerto a cualquier edad.	Encuesta online posteriormente validada.	Obstáculos a la fotografía, las necesidades de los padres, los profesionales durante las fotografías y participación familiar en las fotografías.	93 de 104 padres poseían fotografías de sus hijos fallecidos de los cuales 92 estaban satisfechos. El obstáculo más común es el estado de shock o la falta de cámara. 9/93 profesionales mostraron una actitud favorable.
Elaboración y prueba piloto de un cuestionario para conocer la capacidad y la disposición del personal sanitario en el acompañamiento al duelo perinatal María José Domínguez Santarén. 2012.	Estudio cualitativo.	28 trabajadores de servicios de obstetricia (enfermeras, matronas, auxiliares y ginecólogos).	Cuestionario con dos versiones autoadministrado tras haber realizado una búsqueda bibliográfica y reuniones con expertos y padres en duelo.	Capacidad y la voluntad de acompañamiento al duelo del personal sanitario e identificar sus dificultades.	En la variable autopercepción de la calidad de la atención prestada se aplican una nota media de 6,5. Solo 8-10 personas conocen material que recomendar. Sobre las dificultades destacan conocimientos deficientes, falta de habilidades sociales y dificultades estructurales.
Cuidados tras la muerte de un bebé: una revisión sistemática de la experiencia de los padres con los profesionales sanitarios. KJ Gold. 2007.	Revisión bibliográfica.	60 artículos que incluyen a 6200 padres en duelo (10% padres, 90% madres).	Búsqueda bibliográfica en Medline, Premedline, Cinahl, Embase, Psychinfo, Sociofile.	Áreas de satisfacción e insatisfacción.	Las enfermeras cuentan con el nivel de satisfacción más alto. Los médicos son considerados como una fuente de apoyo menor. El equipo sanitario se identifica como el tercero más útil en cuanto al cuidado para afrontar el duelo, por detrás de los grupos de apoyo y las ceremonias de duelo.
Systematic review to understand and improve care after stillbirth Alison Ellis, Caroline Storey, Stephanie	Revisión sistemática.	52 estudios (40 sobre experiencias de los padres y 12 sobre experiencias de profesionales).	Revisión bibliográfica en AMED, EMBASE, MEDLINE, PsycINFO, BNI y CINAHL.	Aspectos generales, aspectos sobre el diagnóstico, aspectos sobre el nacimiento, aspectos postmortem,	Las acciones del personal pueden tener un impacto para toda la vida. La información clara ayuda a los padres en la

Bradley, Sue Jackson, Vicki Flenady, Alexander Heazell, Dimitrios Siassakos. 2016.				aspectos sobre el seguimiento y aspectos sobre el personal.	experiencia. La formación es clave para mejorar, Las necesidades de los padres son diferentes a la de las madres pero igual de importantes.
Nurses' experiences of grieving when there is a perinatal death. Christine Jonas – Simpson, F. Beryl Pilkington, Cynthia MacDonald, Eileen McMahon. 2013.	Estudio cualitativo.	Seis enfermeras (cinco trabajaban en obstetricia y una en UCIN).	Entrevistas semiestructuras y análisis posterior.	Crecimiento personal tras la angustia del duelo, impacto personal y profesional y dar – recibir ayuda.	Acompañar a las familias en el duelo perinatal es duro y difícil, inspira cambio y crecimiento personal. Escuchar a los dolientes conlleva un impacto positivo en el afrontamiento del duelo.
Recomendaciones sobre toma de decisiones y cuidados al final de la vida en neonatología J.C. Tejedor Torres, J. López de Heredia Goya, N. Herranz Rubia, P. Nicolás Jimenez, F. García Muñoz, J. Pérez Rodríguez, Grupo de trabajo de ética de la Sociedad Española de Neonatología. 2012.	Revisión bibliográfica.		Selección de artículos y posterior análisis.	Concepto de cuidados paliativos, limitación del esfuerzo terapéutico, toma de decisiones, información y comunicación, gestión de los posibles conflictos, cuando el niño no fallece, solicitud de estudios postmortem, atención a la familia en el proceso de duelo, atención durante el ingreso, seguimiento posterior al fallecimiento, cuidado de los profesionales.	En una enfermedad grave, el tratamiento paliativo y curativo son dos caras de la misma moneda. La limitación del esfuerzo terapéutico consiste en no iniciar o retirar tratamientos que tengan por finalidad alargar la vida. La autopsia puede ayudar a conocer la causa de la muerte pero no todas las familias están de acuerdo en realizarla.
Atención a la pérdida perinatal, una asignatura pendiente para enfermería Isabel María Martos López, María del Mar Sánchez Guisado, Chaxiraxi Guedes Arbelo. 2015.	Revisión bibliográfica.	7 artículos.	Búsqueda bibliográfica en CINAHL, Medline, Index, Crochane, Google Académico y PubMed.		La muerte de un hijo es la causa más frecuente de estrés postraumático. Es necesaria la formación del personal sanitario en multiculturalidad para ofrecer una atención satisfactoria.
Significado de la muerte de un hijo en periodo perinatal para la madre: una mierda enfermera	Estudio cualitativo.	16 madres que han sufrido pérdida perinatal.	Técnica bola de nieve para seleccionar a las participantes. Entrevistas posteriormente transcritas.	Qué se siente tras la muerte de un hijo que no se conoció, ayudas recibidas y lo que dificulta	Se evidencia una profunda afectación en las madres que han sufrido la pérdida. Los grupos de

<p>hacia el cuidado Sandra Oviedo. 2011.</p>				<p>el duelo.</p>	<p>apoyo resultan beneficiosos para afrontarlo mejor. Así mismo, el contar con creencias religiosas les resultó una fuente de ayuda.</p>
<p>Buenas prácticas en atención a la pérdida perinatal Sonia María Pastor Montero, José Manuel Romero Sánchez, Olga Paloma Castro, Juan Carlos Paramio Cuevas, Ana Cristina Toledano Losa, José Alejo Ortigón Gallego. 2013.</p>	<p>Guía de actuación.</p>	<p>34 profesionales (19 enfermeras, 2 matronas, 6 auxiliares de enfermería, 3 obstetras, 1 anestesta y 3 pediatras).</p>	<p>Investigación activa participativa.</p>	<p>Atención al parto de un feto muerto, cuidados ante el aborto espontáneo, cuidados al final de la vida en neonatos y cuidados postparto.</p>	<p>Listado de buenas prácticas separando las acciones en tres apartados: practica cuestionada, practica esencial y practica excelente.</p>
<p>Women's perceptions of Nurse-Midwives' caring behaviours during perinatal loss in Lilongwe, Malawi K. Simwaka, B de Kok, W Chilemba. 2014.</p>	<p>Estudio cualitativo.</p>	<p>20 mujeres que han sufrido la pérdida perinatal en los dos años anteriores.</p>	<p>Técnica bola de nieve para seleccionar a las participantes. Entrevistas semiestructuradas grabadas y transcritas.</p>	<p>Experiencia en el cuidado, respuesta a la pérdida, aspectos psicológicos y falta de explicaciones.</p>	<p>El 50% estaba satisfecha con el cuidado recibido, otras estaban insatisfechas porque no recibieron atención adecuada.</p>

Anexo II - Escala de duelo perinatal

Perinatal Grief Scale (versión corta, 33 ítems).
Potvin L, Lasker JN, Toedter LJ (1989).
Traducida y validada al castellano por Mota et al (2011).

Escala tipo Likert que debe ponderar con: totalmente de acuerdo, de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, en desacuerdo o totalmente en desacuerdo.

1. Me siento deprimida.
2. Se me hace difícil llevarme bien con algunas personas.
3. Me siento vacía.
4. No puedo realizar las tareas cotidianas.
5. Siento la necesidad de hablar de mi bebé.
6. Me lamento por la pérdida de mi bebé.
7. Estoy asustada.
8. He pensado en el suicidio desde que perdí a mi bebé.
9. Tomo medicación para el nerviosismo.
10. Extraño mucho a mi bebé.
11. Siento que me estoy adaptando bien a la pérdida de mi bebé.
12. Es doloroso recordar la pérdida de mi bebé.
13. Me enojo cuando pienso en mi bebé.
14. Lloro cuando pienso en mi bebé.
15. Me siento culpable cuando pienso en mi bebé.
16. Me siento enferma cuando pienso en mi bebé.
17. Me siento desprotegida en un mundo peligroso desde que perdí a mi bebé.
18. Intento reír pero ya nada me parece gracioso.
19. El tiempo pasa muy lentamente desde que perdí a mi bebé.
20. La mejor parte de mí se perdió con mi bebé.
21. Siento que decepcioné a gente por la pérdida de mi bebé.
22. Siento un gran dolor por la pérdida de mi bebé.
23. Me siento culpable por la pérdida de mi bebé.
24. Necesito justificarme ante algunas personas por la pérdida de mi bebé.
25. A veces siento que necesito ayuda profesional para que mi vida funcione otra vez.
26. Me siento como muerta en vida.
27. Me siento muy sola desde que perdí a mi bebé.
28. Me siento apartada y sola aunque esté con amigos.
29. Siento que es mejor no amar.
30. Desde que perdí a mi bebé se me hace difícil tomar decisiones.
31. Me preocupa cómo será mi futuro.
32. Una madre desolada por la pérdida de su bebé es inferior a otra.
33. Es maravilloso estar vivo.

Anexo III – Glosario

Cabergolina: es un medicamento utilizado para evitar la producción de leche materna.

Cochrane: es una base de datos que recoge artículos iberoamericanos, cuya utilización es posible gracias a la suscripción por parte del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Cuiden: es una base de datos dependiente de la Fundación Index. Incluye producción científica de Iberoamérica. Contiene también material que aún no ha sido publicado previa aprobación de un comité específico.

Dialnet: es una base de datos que incluye artículos científicos hispanos con el objetivo de darle mayor visibilidad.

Episiotomía: incisión que un profesional realiza en el periné de la parturienta con el objetivo de facilitar la salida al exterior del feto.

INE: Instituto Nacional de Estadística.

LAST: acrónimo formado por la L de listen, A de acknowledgement (reconocimiento), S de support (apoyar) y T de touch (tacto).

Loquios: sangrado vaginal fisiológico que se produce después del parto.

Muerte perinatal: definida en España como la que se produce entre las 28 semanas de gestación y los 7 primeros días de vida por 1000 nacidos vivos y muertos.

PubMed: es una base de datos que depende de la Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos. Incluye artículos de diversos campos como la enfermería, la medicina, la odontología o la veterinaria.

Puerperio: periodo fisiológico que sigue al parto, prolongándose seis semanas, en el que los órganos internos de la mujer recuperan su estado previo al embarazo.

Scielo: es una base de datos española desarrollada por la Biblioteca Nacional de Ciencias de la Salud.

Test de Bishop: forma de valoración de las condiciones cervicales mediante tacto vaginal. Valora dilatación, acortamiento, consistencia, posición y altura de la presentación con una puntuación de 0 a 3.

Trastorno por estrés postraumático: sentimientos de ansiedad posteriores a múltiples situaciones estresantes para el ser humano.

Versión cefálica externa: es una maniobra utilizada para convertir la presentación podálica o trasversa en cefálica, por ser esta la más adecuada para el parto vaginal. Se usa previo consentimiento informado en gestantes a término.