

UNIVERSIDAD ROVIRA I VIRGILI

Facultad de enfermería



**EL ACOMPAÑAMIENTO PROFESIONAL ANTE UNA
MUERTE PERINATAL EN EL HOSPITAL: UNA REVISIÓN
BIBLIOGRÁFICA**

Trabajo fin de grado en enfermería

Autores: Raquel Hervás Ruiz y Laia Malet i Garcia

Dirigido por: Dra. María Inmaculada de Molina Fernández

Coma-ruga 2018

Agradecimientos

A Inma de Molina profesora y tutora de nuestro trabajo por sus consejos y recomendaciones y la información que nos ha proporcionado para la elaboración de este trabajo.

A nuestras familias, que han estado con nosotras apoyándonos incondicionalmente y confiando en nosotras cuando lo dábamos por perdido. Sin ellos no podríamos haberlo logrado.

Y por último agradecer a las personas y profesionales que nos han proporcionado información para la elaboración de nuestro trabajo.

Índice

Agradecimientos	1
Resumen	3
Abstract	4
Introducción	5
Marco teórico	9
Duelo	9
Condicionantes del duelo.....	9
Manifestaciones del duelo.....	10
Fases del duelo.....	10
Tipos de duelos.....	13
Rituales según la cultura.....	16
Objetivos.....	17
Metodología.....	18
Resultados y Discusión.....	20
Acompañamiento profesional ante una muerte perinatal en el hospital.....	20
Emociones que genera una muerte perinatal en las familias.....	29
Emociones que se generan en los profesionales ante un duelo perinatal	31
Conclusiones	34
Bibliografía.....	35
Anexos	39
Anexo 1: Normas de publicación.....	39
Anexo 2: Artículo.....	43
Anexo 3: Estrategias de búsqueda	61
Anexo 4: Artículos seleccionados	62
Anexo 5: Tríptico.....	70
Anexo 6: Documentación clínica específica	72
Anexo 7: Recursos para los padres y familiares.....	81

Resumen

La pérdida de un hijo antes, durante o después del parto supone una experiencia traumática que puede provocar en los padres y sus familias un proceso de duelo perinatal. Los profesionales deben gestionar esta difícil situación de manera adecuada para poder brindar cuidados adecuados a las mujeres y sus familias.

Objetivo Conocer el papel de la matrona y enfermera en la atención a las familias que han sufrido una pérdida perinatal en el hospital.

Metodología: Para dar respuesta al objetivo de esta investigación se realizó una exhaustiva revisión bibliográfica del tema. Las unidades de estudio fueron todos los artículos publicados entre los años 2007-2017 en las bases de datos Cuidatge, Cuiden Plus, Dialnet Plus, Pubmed y el buscador Google académico, para dar respuesta a la importancia de la visibilidad de los cuidados y la atención enfermera en los primeros momentos tras la muerte perinatal.

Resultados y discusión: La enfermería adquiere un papel fundamental en el desarrollo del duelo perinatal, por lo que es importante que conozca cuáles son las actuaciones de enfermería más recomendadas.

A la hora de comunicar la noticia de la muerte del bebe habrá que tener en cuenta los factores personales y socioculturales de la familia. Es importante fomentar la privacidad y la expresión de los sentimientos que conlleva esta situación.

Como profesionales es importante diferenciar los sentimientos que se pueden generar en el resto de familiares y no únicamente centrarnos en los progenitores.

Conclusión: Actualmente, existen guías y protocolos de actuación, que favorecen a que los profesionales se sientan más seguros y preparados. Por otro lado, estos protocolos proporcionan unos cuidados adecuados a la mujer y familia.

Palabras claves: Duelo perinatal, matrona y enfermera, intervenciones, sentimientos.

Abstract

The loss of a child before, during or after birth supposed a traumatic experience that can cause in parents and families a process the perinatal duel. The professionals must manage this difficult situation properly to be able to provide adequate care to the women and their families.

Objective: To know the paper of midwife and nurse in attention to families who suffer a perinatal loss at the hospital.

Methodology: In order to respond the objective of this research, it has been made an exhaustive bibliographic review of the subject was carried out. The study units were all articles published from 2007 to 2017 the Cuidatge, Cuiden Plus, Dialnet Plus, Pubmed databases and Google academic, to respond the importance of the visibility of care and attention nurse in the first moments after perinatal death.

Results and discussion: Nursing acquires a fundamental role in the development of perinatal grief, so it is important that you know what are the most recommended nursing actions.

At the time of communicating the news of the baby's death the personal and socio-cultural factors of the family must be considered. It is important to encourage privacy and the expression of feelings that this situation entails.

As professionals it is important to differentiate the feelings that can be generated in the rest of the family and not only focus on the parents.

Conclusions: Currently exist guides and protocols of action that aid the professionals to feel more secure and prepared. In the other hand, these protocols provide adequate care to women and families.

Keys Words: Perinatal grief, midwife and nurse, interventions, feelings.

Introducción

El proceso de duelo es una respuesta adaptativa que se produce como consecuencia de la pérdida de una persona, objeto, ilusión o proyecto. Su magnitud estará condicionada por la sociedad, la cultura o la historia de la persona, y se asocia con frecuencia a síntomas físicos y emocionales. Esta pérdida, que es psicológicamente traumática, necesita un tiempo y un proceso para volver al equilibrio normal.¹

Los síntomas que se pueden observar durante esta etapa son: tristeza, irritabilidad, depresión, trastornos del sueño y del apetito, sentimientos de nostalgia hacia la persona perdida y ocasionalmente alucinaciones auditivas o visuales relacionadas con el fallecido. Además, estos estados pueden estar acompañados de síntomas fisiológicos como cefalea, astenia, letargia, disnea y taquicardia.²

Durante el embarazo y el parto se pueden generar ciertas complicaciones que nos llevarían a enfrentarnos a una situación de muerte del feto. La pérdida de un hijo antes, durante o después del parto supone una experiencia traumática que provoca en los progenitores y familia un proceso de duelo perinatal.⁴

El duelo perinatal tiene unas características que lo diferencian de los otros tipos de duelo: la proximidad entre el nacimiento y la muerte; la juventud de los progenitores, para los que puede suponer su primer contacto con la muerte; y lo inesperado del suceso. Además, tiene la particularidad de que los padres apenas generan recuerdos, sino que únicamente conservan expectativas.^{5, 6}

La Organización Mundial de la Salud define la muerte fetal como aquella que acontece antes de la expulsión o extracción completa del feto. Se puede diagnosticar mediante la ausencia del latido del corazón, de movimientos o ausencia de pulsaciones del cordón umbilical.³

Es muy importante desde un punto de vista epidemiológico registrar el número de muertes fetales y neonatales en el periodo en que ocurren: embarazo, parto o posparto.

Hay determinadas tasas para cuantificar estas pérdidas, algunas solapan sus periodos, y estos no están claramente definidos en todos los territorios por falta de consenso a nivel mundial. En nuestro entorno, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) y la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) definen así las tasas de mortalidad nacionales en estos periodos:⁷

- Tasa de mortalidad fetal: Número de defunciones intrauterinas por cada mil nacimientos y abortos. En 2016 el resultado fue de 3,15 muertes por cada mil nacimientos y abortos.⁸
- Tasa de mortalidad perinatal: Número de muertes fetales después de veintiocho semanas de embarazo (muertes fetales tardías) más el número de muertes de niños menores de siete días por cada mil nacidos vivos. En 2016 el resultado fue de 4,43 muertes por cada mil nacidos vivos.⁹
- Tasa de mortalidad infantil: Número de defunciones de niños menores de un año por cada mil nacidos. En 2016 el resultado fue de 2,68 defunciones por cada mil nacidos.¹⁰
- Tasa de mortalidad neonatal: Número de recién nacidos que fallecen en las primeras cuatro semanas de vida por cada mil recién nacidos vivos. En 2016 el resultado fue de 1,85 fallecidos por cada mil vivos.¹¹
- Tasa de mortalidad neonatal precoz: Número de fallecidos durante la primera semana por cada mil recién nacidos vivos. En 2016 el resultado fue de 1,27 por cada mil nacidos vivos.¹¹
- Tasa de mortalidad neonatal tardía: Número de fallecidos entre los siete y veintisiete días de vida por cada mil recién nacidos vivos. En 2016 el resultado fue de 0,57 por cada mil nacidos vivos.⁹

Actualmente, la mortalidad perinatal en España es del 4,43 por cada mil nacimientos mientras que en 1984 era de 11,20 por cada mil.^{12, 13} Con estas cifras podemos decir que la mortalidad ha disminuido, pero sigue siendo una situación muy trágica para las familias que la sufren.¹⁴

Las estadísticas muestran que la mortalidad perinatal es más frecuente en fetos del sexo masculino que en el femenino.^{15, 16} Según datos de la Organización Mundial de la Salud, en 2017, las principales causas de muerte perinatal serían: el nacimiento prematuro, bajo peso al nacer, las infecciones, la asfixia y los traumatismos en el parto.¹²

A veces puede resultar difícil entender tanto sufrimiento ante una muerte perinatal, pero el hecho es que el apego de una madre hacia su criatura empieza mucho antes del nacimiento. En el momento en que descubre que está embarazada ya se crea un vínculo entre la madre y el hijo que se va fortaleciendo con los días y los avances tecnológicos.¹

La primera referencia al sufrimiento ante una pérdida perinatal aparece en 1959 en un artículo en el que se relata el cómo y cuándo se realizó la despedida al fallecido. En esa

época, por ejemplo, no se permitía que los padres pudiesen ver al bebé, lo que probablemente dificultase la realización del duelo.^{1, 6}

El hecho de que no dejaran que los padres vieran a su hijo fallecido se explica en un entorno y época en la que no se valoraba la importancia de generar un vínculo afectivo ante esta situación, por lo que hacían más difícil la formación de apego entre los padres y el hijo fallecido.⁶

A nivel psicológico, el embarazo logra que una mujer se sienta más femenina y, por ende, de cierta manera al perder un bebé es como que si perdieran su feminidad (Seitz & Warrick, 1974).¹⁷

El vínculo que se establece entre un padre y su hijo es completamente diferente al que se establece entre la madre y el hijo. El del padre es un apego más intelectual que emocional, mientras que el de la madre es al contrario.¹

Habitualmente se espera que el hombre sea el fuerte ante una pérdida perinatal. A menudo, el padre sentirá que no tiene el apoyo necesario ni por parte del entorno asistencial ni por parte de la sociedad en general. Se espera que dé apoyo a su pareja y que la cuide, sin tener en cuenta los sentimientos de él y cómo le puede estar afectando.⁴

Cuando los padres hablan de las experiencias vividas recuerdan muy bien cómo pasó todo y cómo fueron tratados. Uno de los aspectos más importantes que se tiene en cuenta a la hora de superar una muerte así es el trato que tienen con los profesionales.^{4,}

18

En ocasiones, este trato puede no ser adecuado, en parte por la desatención de profesionales que consideran no estar lo suficientemente preparados para la situación que deben afrontar, ya que se sienten cohibidos y sin saber qué hacer ante una situación extremadamente compleja que no saben cómo abordar.¹⁹ Hasta 1959 ningún artículo científico había hecho referencia a las dificultades del obstetra frente a la muerte fetal antes, durante y después del parto. Ese año, en dicho artículo, Elia AD hacía recomendaciones sobre cómo debía atenderse a la mujer y a su familia ante esa situación, y deja constancia de la pena sufrida por el médico ante esta situación.¹

Unos años más tarde, en 1968, Bourne describió los efectos psicológicos que produce una muerte perinatal, por un lado, en la mujer y su familia y, por el otro, en los

profesionales. Plantea el concepto del *ángulo ciego* en referencia a aquellos profesionales que simulaban que no había ocurrido nada y animaban a las parejas a que buscaran un nuevo embarazo. En aquella época se consideraba que lo mejor que se podía hacer era sedar a la madre para que no sufriera, lo que daba como resultado que se le privara del derecho de conocer a su hijo y de que pudiera despedirse de él.⁶

En 1982, Kirkley-Best y Kellner hacen una serie de recomendaciones con relación a la necesidad de que los profesionales que atienden a una familia que ha sufrido una muerte perinatal acompañen y cubran las necesidades específicas de los padres de los mortinatos. Una de las recomendaciones de estos autores fue que se dejara a los progenitores poder ver y tomar en brazos al bebé muerto.¹

Parece demostrado que los profesionales que atienden a la mujer y su familia ante una muerte perinatal resultan afectados emocionalmente. Son una pieza importante del proceso y es importante este reconocimiento, ya que son los que deberán acompañar a la familia dándoles todo su apoyo y ofreciéndoles todos los mecanismos de ayuda que existan.²⁰

Diversos artículos publicados describen el proceso de atención a seguir ante una muerte perinatal en el hospital, pero no hay protocolos en la mayoría de hospitales, y los profesionales, ante esta situación, se encuentran desbordados y basan su atención en sus experiencias personales, en experiencias profesionales previas, etc. Es preciso estandarizar los cuidados a prestar ante una muerte perinatal con la elaboración de protocolos, guías clínicas y grupos de apoyo para profesionales guiados por expertos en el tema.^{21, 22,23}

La finalidad de nuestro estudio es conocer el papel de la matrona y enfermera en la atención a las familias que han sufrido una pérdida perinatal en el hospital.

Los resultados de este trabajo de investigación podrán contribuir a visibilizar la importancia de los cuidados y la atención enfermera en los primeros momentos tras la muerte perinatal, así como la importancia de la atención integral y holística a los pacientes.

Marco teórico

Duelo

El proceso de duelo es una respuesta adaptativa, que se produce como consecuencia de la pérdida de una persona y se asocia a síntomas físicos y emocionales.¹

Es una situación irrepetible, dinámica y variable de una persona a otra entre familias, culturas y sociedades. La elaboración de este es más o menos larga y dolorosa, hasta que el doliente consigue adaptarse a la pérdida. Por ello, no puede concretarse su duración e intensidad.²⁴

«Jamás te persigas creyendo que ya deberías sentirte mejor. Tus tiempos son tuyos. Recuerda que el peor enemigo en el duelo es no quererse.», Jorge Bucay.

Según el *DSM-IV-TR* (APA, 2005), el duelo es una reacción a la muerte de una persona querida acompañada por síntomas característicos de un episodio de depresión mayor (tristeza, insomnio, anhedonia).²⁵

Condicionantes del duelo

El duelo puede evolucionar de diferentes maneras y cada persona es diferente, pero se sabe que existen una serie de factores que pueden influir o condicionar la evolución de este:²⁴

- Factores psicológicos: El estado psicológico estará influenciado por su personalidad, su estado actual de salud mental, su inteligencia y los recursos que tenga la persona para afrontar la pérdida y para establecer vínculos afectivos.
- Factores del doliente: Se deberán tener en cuenta las experiencias con duelos pasados, la existencia de otras crisis pasadas, las creencias religiosas-filosóficas y los valores de la persona.
- Circunstancias de lo acontecido: Se deberán tener en cuenta las particularidades de la muerte en sí, si acaba de suceder, si era esperada o ha sido de manera súbita.
- Factores sociales: Se tendrá en cuenta el apoyo social con el que cuenta la persona afectada, la existencia o no de pareja y la calidad de relación, el estatus económico, la educación y los rituales funerarios que desean.

- Factores fisiológicos: Es importante tener en cuenta si la persona afectada por la pérdida consume algún tipo de medicación o sustancia con sedantes y conocer algunos hábitos con relación a su alimentación, actividad física y descanso.

Manifestaciones del duelo

Durante el proceso del duelo se pueden observar, en las personas implicadas, una serie de manifestaciones físicas, emocionales, conductuales, psicológicas y espirituales:¹

- Manifestaciones físicas: Vacío en el estómago, opresión en el pecho y garganta, palpitaciones, sequedad de boca, nudo en la garganta, alteraciones del sueño y de la alimentación, cefaleas y debilidad.
- Manifestaciones emocionales: Impotencia, insensibilidad, aturdimiento, tristeza, apatía, angustia, culpa, reproche, rabia, ira, frustración, desesperación, soledad, abandono o alivio, vacío, desamparo, añoranza, anhelo, hostilidad, irritabilidad y anhedonia.
- Manifestaciones conductuales: Incredulidad o irrealidad, negación, confusión, pseudoalucinaciones e ilusiones, dificultades de atención, concentración y memoria, preocupación, pensamientos e imágenes recurrentes, obsesión por recuperar la pérdida o evitar recuerdos.
- Manifestaciones psicológicas: Funcionamiento automático, mente ausente, conducta distraída, aislamiento social, llorar, suspirar, conductas de búsqueda o evitación, atesorar objetos de apego, hiperactividad o hipoactividad, soñar con la persona fallecida, buscar y llamar.
- Manifestaciones espirituales: Búsqueda del sentido, conciencia de la propia mortalidad.

Fases del duelo

El duelo es una respuesta psicológica normal que se produce con la pérdida de un ser amado. Es un proceso complejo, constante, identificable y, en muchas ocasiones, con un curso previsible. En 1969, Kübler-Ross, eminente psiquiatra, analizó esta experiencia con más de quinientos pacientes moribundos y estableció cinco etapas que pueden acontecer durante el proceso de duelo:⁴

1. Negación y aislamiento: Es la etapa inicial en que las personas se sienten culpables porque se apodera de ellas un estado de incredulidad frente a la muerte.
2. Enojo o ira: Proyectan su sentimiento hacia otras personas, expresándose como depresión, ya que culpar a otro es una manera de evitar el dolor, la aflicción y la desesperación de una persona al aceptar que la vida deberá continuar.
3. Pacto: El enfermo debe ganar tiempo antes de aceptar la realidad, por lo que retrasa la responsabilidad necesaria para liberar emocionalmente la pérdida.
4. Depresión: Enojo dirigido hacia adentro que incluye sentimientos de desamparo, falta de esperanza e impotencia.
5. Aceptación: El enfermo piensa en sus seres amados, sin sentir o expresar sentimientos intensos de alegría o tristeza cuando los recuerda; vivirá el presente sin adherirse al pasado y sin hacer planes para el futuro.

Hay autores que refieren que tal vez es un error pensar en etapas y fases sobre el duelo. Cada duelo es único y puede ir saltando de una etapa a otra o establecerse en una únicamente.⁴ De este modo, podemos hablar de patrones generales, que no universales, de respuesta o afrontamiento ante la pérdida. En la siguiente tabla se puede ver cómo los diferentes autores describen este proceso (Tabla 1):²¹

AUTORES	FASES Y ETAPAS
LINDENMANN (pionero en la investigación del duelo)	1. Conmoción e incredulidad. 2. Duelo agudo. 3. Resolución.
PARKES Y BOWLBY (los dos investigadores más conocidos en el campo del duelo)	1. Fase de aturdimiento. 2. Fase de anhelo y búsqueda. 3. Fase de desorganización y desesperación. 4. Fase de reorganización.

RONDO (resume el proceso psicológico del duelo en...)	1. Fase de evitación. 2. Fase de confrontación. 3. Fase de restablecimiento.
KÜBLER ROSS (psiquiatra y escritora experta en la muerte)	1. Negación y aislamiento. 2. Ira. 3. Negociación. 4. Depresión. 5. Aceptación.
ENGEL (el duelo como un proceso curativo)	1. Conmoción e incredulidad. 2. Desarrollo de la conciencia de pérdida. 3. Restitución. 4. Resolución de la pérdida. 5. Idealización. 6. Resolución.

Tabla 1: Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Dependencia. Guía clínica del seguimiento del duelo [Internet]. Extremadura; 2010. [citado 13 marzo 2017] 42 p. Disponible en: <http://periodicoses.saludextremadura.com/upload/4783.PDF>²¹

El proceso de duelo perinatal, descrito por los autores Parkes y Bowlby, describe las diferentes fases por las que puede pasar una persona desde que inicia el proceso de duelo hasta su aceptación:²¹

- Fase de aturdimiento o *shock*: La persona se siente abrumada por la noticia. Siente la incapacidad de comprender el significado de la pérdida y se crea confusión. En un primer momento, la persona intenta negar lo sucedido, es la

forma que tiene la mente para poder aceptar la situación e ir asimilando lentamente. Algunos autores lo nombrarán *la fase de negación*.

- Fase de anhelo y búsqueda. Duelo agudo en que la persona empieza a comprender la magnitud del problema y aparecen sentimientos de rabia e ira sobre lo acontecido. Es cuando la persona empieza a pensar si podría haber hecho alguna cosa más. Puede aparecer el sentimiento de culpabilidad.
- Puede llegar a culparse a sí misma de ciertas decisiones tomadas durante el embarazo que ella cree responsables de la muerte de su bebé.
- Fase de desorganización y desesperación: La persona es ya plenamente consciente de la nueva realidad y continúa con los sentimientos de rabia y culpabilidad, aunque al mismo tiempo hay sentimientos de tristeza profunda, añoranza y congoja, así como síntomas depresivos que son considerados normales durante el proceso de duelo: anhedonia, aislamiento social, desesperanza o síntomas físicos como trastornos del sueño y de la alimentación. Asimismo, se pueden dar también situaciones de pánico o ansiedad asociadas a la nueva y desconocida realidad a la que se enfrentan los progenitores. Al final de esta fase, la persona se encuentra en la duda de guardar los recuerdos del fallecido o deshacerse de ellos, de hablar del ser querido o evitar el tema, volver a los lugares que evocan recuerdos o evitarlos. Este conflicto sobre cómo reaccionar ante este tipo de situaciones debe ser resuelto para continuar con la elaboración del duelo.
- Fase de reorganización, aceptación y resolución del duelo: La persona empieza a aceptar la pérdida y a reorganizar su vida. La persona se da cuenta de que tiene que cambiar sus pensamientos y enfocar su energía a su nueva situación emocional.

La persona comienza a recordar al bebé fallecido sin sentir el intenso dolor que experimentaba anteriormente, además de dar un sentido a la pérdida. Más adelante aparece el deseo de volver a tener ilusión, querer tener otro hijo y poder emocionarse de nuevo.

Tipos de duelos

La bibliografía describe que no existe una única forma de afrontar el duelo, sino que existen diferentes procesos de duelo con relación a cómo se afronten:²¹

- Duelo resuelto: La persona ha completado el proceso de duelo y es capaz de recordar al fallecido sin generar dolor. La persona empieza a retomar su vida.
- Duelo anticipatorio: La persona genera el duelo de forma anticipatoria a partir del diagnóstico y el pronóstico.
- Duelo congelado o inhibido: Se presenta de forma inicial en personas que en un primer momento parecen controlar la situación, pero acaban desarrollando un duelo patológico.
- Duelo enmascarado: La persona experimenta síntomas (somatizaciones) y conductas que le causan dificultades y sufrimiento, pero no las relaciona con la pérdida sufrida.
- Duelo patológico: La persona afectada aún mantiene lazos con el bebé fallecido. El duelo está sin finalizar. Existen varios modos de duelo patológico y todos implican la no aceptación de la pérdida; el proceso se ha bloqueado y el dolor no está siendo elaborado.
- Duelo crónico: La persona experimenta un dolor permanente y está en un estado pseudodepresivo. La persona siente que es incapaz de rehacer su vida.

Un caso exagerado sería el de momificación: La persona mantiene todos los recuerdos de la persona fallecida intactos y niega la idea de recordar o hablar de la muerte de esa persona.

- Ausencia prolongada de aflicción consciente: La persona se muestra activa, reprime las lágrimas y visualiza el dolor de las personas como muestra de debilidad.
- Psicosis del duelo: La persona experimenta alucinaciones auditivas y visuales y considera normal escuchar la voz del fallecido.
- Duelo complicado: La persona bloquea los canales de duelo y se observan signos y síntomas no característicos de duelo normal que desencadenan, en numerosas ocasiones, en depresión.

Es importante diferenciar entre la depresión y el duelo. Cada uno tiene unas características completamente diferentes que ayudarán a identificar cuál de los dos está presente en la persona afectada.¹

En el duelo, la persona evoca tristeza y empatía, presenta preocupación por el hijo perdido y siente pena al ver bebés o embarazadas. Puede que también llegue a autoreprocharse por no haber podido hacer más para salvar a su hijo, y durante el proceso puede sufrir crisis de llantos. Desea hablar de lo sucedido y explicar cómo se siente y, a la vez, puede buscar consuelo en sus personas cercanas. Tendrá sentimientos de soledad, vacío y dolor por la pérdida.

A diferencia de lo anterior, ante una depresión, la persona evoca distancia, impaciencia o irritación, y se pueden presentar recuerdos desagradables del embarazo. También puede tener ideas de suicidio, sentimientos de haber fracasado como mujer, vergüenza, desvalorización, autocompasión, desesperanza y desconsuelo y querrá mantenerse aislada y abandonar todas las relaciones sociales.

La muerte perinatal, en muchos casos, acaba desencadenando en un duelo patológico. Existe una serie de factores que pueden aumentar el riesgo de desencadenarlo, entre ellos encontramos:^{5, 1} La edad gestacional tiene un carácter importante en las pérdidas tardías y ocasiona un duelo más prolongado que en las gestaciones tempranas. Por otra parte, la visualización por ultrasonido desencadena más angustia en los progenitores.

El momento de la muerte es un factor importante. Aquellas que se producen de forma inesperada, durante el parto o tras el nacimiento acaban en muchas ocasiones desencadenando duelos patológicos. Los bebés que generan malformaciones acaban desencadenando duelos prolongados y se asocian a trastornos psiquiátricos. En ocasiones, se producen embarazos gemelares y cuando se produce la muerte de uno de los bebés se ocasiona un duelo prolongado y rechazo por el bebé nacido.^{5, 1}

Otro aspecto importante es el trato recibido por el personal sanitario, que en ocasiones suele ser la clave en el afrontamiento del duelo; por ejemplo, negar que vean y toquen a su bebé o la sedación excesiva de la madre sin la despedida adecuada de su hijo. La falta de información o conocimiento y apresurar la concepción de un nuevo hijo son factores que precipitan a duelos disfuncionales.^{5, 1}

También son importantes las historias previas de la madre: si ha tenido pérdidas recurrentes y si han sido resueltas, si tiene algún trastorno mental que obstaculice la elaboración del duelo y si, además, a esto le sumamos la falta de apoyo en su red familiar o social, acaban desencadenando duelos patológicos.^{5, 1}

Rituales según la cultura

Las expectativas de la pérdida perinatal varían según la cultura a la que pertenezcan los progenitores. Dependiendo de la religión con la que nos encontremos enfrentan la muerte de una forma o de otra, y los rituales ante dicha muerte también varían. En la siguiente tabla se pueden ver las diferentes religiones y el ritual que seguirán (Tabla 2):¹

Catolicismo	El bautismo es para bebés vivos. Fetos mayores a 24 semanas, se permite entierro o incineración, sin ceremonia ni bendición, en el Limbo del cementerio, lugar desacralizado, en fosas sin nombre.
Hinduismo	Se ata un cordón alrededor del cuello o la muñeca en señal de bendición. Al no reconocer su vida, no hay pecado, ni necesidad de purificación por cremación.
Judaísmo	Los no-judíos deben evitar tener contacto con el cuerpo. No hay rituales a menos que haya vivido 30 días, pero se considera beneficioso para los padres rezar una oración. Creación prohibida.
Islamismo	El feto no tiene pecado, por lo que regresa directamente a Alá y facilita el camino de los padres hasta Él. A partir de 4 meses de gestación se le da nombre, se lava, envuelve en sábanas y se entierra con opción a funeral. Cremación prohibida.
Budismo	Si feto mayor de 4-5 meses es un ser humano y puede reencarnarse. Con los fetos abortados se celebra el misuko kuyo para pedirle perdón por haber perdido el embarazo y que no traiga desgracia a la familia.

Tabla 2: Fuente: El duelo perinatal: un secreto dentro de un misterio¹

Objetivos

Los objetivos planteados en nuestro trabajo, que se han formulado con la finalidad de obtener el conocimiento necesario sobre el duelo perinatal, son:

General:

- Conocer el papel de la matrona y enfermera en la atención a las familias que han sufrido una pérdida perinatal en el hospital.

Específicos:

- Describir cómo debe realizarse el acompañamiento profesional ante una muerte perinatal en el hospital para facilitar el proceso del duelo en la mujer y su familia, en base a lo publicado al respecto en los últimos años.
- Conocer las emociones que genera una muerte perinatal en las familias y en los profesionales que los acompañan durante el proceso de duelo.
- Elaborar un tríptico con información y materiales de soporte al duelo para las familias que se encuentren ante la situación de una pérdida perinatal en el hospital.

Metodología

Diseño

Para poder dar respuesta a los objetivos propuestos, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica entre los meses de octubre y mayo. Para realizar la búsqueda de los artículos nos hemos basado en los criterios de inclusión y exclusión reflejados a continuación (Tabla 3):

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Artículos publicados entre los años 2007 y 2017.	Artículos publicados con anterioridad al año 2007.
Artículos en castellano e inglés.	Artículos en cualquier otro idioma.
Artículos originales con metodología cuantitativa, cualitativa y revisiones bibliográficas.	
Artículos que hagan referencia a la muerte perinatal y/o al duelo perinatal.	

Tabla 3: Criterios de inclusión y exclusión

A continuación, hemos establecido unas palabras clave en inglés y en castellano (Tabla 4) para la realización de la búsqueda mediante la utilización del Medical Subjects Headings (MeSH).

Castellano	Inglés
Perinatal	Perinatal
Muerte	Death
Duelo	Grief/ Bereavement
Actuaciones	Interventions
Protocolo	Protocol
Afectación	Affectation
Matrona	midwife
Psicología	Psychology

Tabla 4: Palabras clave

En nuestra búsqueda hemos utilizado el operador booleano AND combinado con las diferentes palabras clave: «duelo AND perinatal», «duelo perinatal AND protocolo»,

«duelo perinatal AND actuaciones», «duelo perinatal AND psicología», «duelo perinatal AND matrona», «grief AND perinatal AND midwife».

Recogida de datos

Las bases de datos que hemos utilizado para realizar nuestra búsqueda son: Cuidatge, Cuiden Plus, Dialnet Plus, PubMed, y el buscador Google Académico.

Cronograma

Actividad	Tareas	Meses
Selección del tema	Análisis de la situación a partir de búsquedas bibliográficas en páginas web de temas de interés.	Octubre– noviembre 2017
Búsqueda bibliográfica	Búsqueda en bases de datos sobre el tema de estudio en; cuidatge, Cuiden plus, Dialnet plus, Pubmed y el buscador Google académico.	Diciembre 2017
Análisis de la bibliografía seleccionada	Elaboración de un esquema con los puntos a tratar. Lectura en profundidad de los documentos seleccionados para la elaboración de cada uno de los apartados.	Enero-febrero 2018
Redacción de los diferentes apartados de los resultados	Documentos seleccionados.	Marzo-abril-mayo 2018
Conclusiones		Mayo 2018
Elaboración y preparación de la presentación en PowerPoint		Mayo-junio 2018
Entrega del TFG.		Junio 2018

Tabla 5: Cronograma

Resultados y Discusión

Durante el proceso de revisión bibliográfica se encontraron noventa y cuatro referencias (Anexo 3) que cumplían los criterios de inclusión. Tras un primer análisis, de las noventa y cuatro referencias comentadas, se seleccionaron un total de treinta para la realización de esta investigación.

De estas referencias solo dieciséis han sido utilizadas para dar respuesta a los objetivos formulados al inicio de la investigación. La información obtenida se ha resumido en tres apartados: El acompañamiento profesional ante una muerte perinatal en el hospital, las emociones que genera una muerte perinatal en los familiares y, por último, las emociones que se generan en los profesionales ante un duelo perinatal. Además, se presenta en tablas donde se indica la filiación de los artículos obtenidos (Anexo 4).

Acompañamiento profesional ante una muerte perinatal en el hospital

Aunque existen algunas actividades recomendadas sobre la manera en la que se debe actuar ante un duelo perinatal y los procedimientos a seguir, un aspecto a tener muy en cuenta es saber que cada paciente es diferente y se deben personalizar estas recomendaciones teniendo en cuenta las preferencias y deseos de los afectados.⁵

En la atención a las mujeres y sus familias tras una muerte fetal o neonatal, las enfermeras deben valorar la situación biopsicosocial de los afectados para humanizar, de la mejor forma posible, todo el proceso. Ante esta situación, los profesionales deben cuidar muchos aspectos determinados, por ejemplo, el cómo dar la noticia.⁵

Ser poco hábiles a la hora de comunicar a una madre o padre la mala noticia de que ha muerto su bebé o morirá al poco de nacer, generará de manera innecesaria un mayor sufrimiento, que puede repercutir negativamente en la posterior elaboración del duelo.²⁶

Una noticia de este tipo altera todas las expectativas de los padres y familiares. Por ello, a la hora de comunicar la noticia de la muerte del bebé, habrá que disponer de habilidades de comunicación adecuadas y tener en cuenta los factores personales y socioculturales de la madre gestante y su pareja, incluso de los familiares que en ese momento los acompañen. Siempre que sea posible es recomendable consultar la historia previa de la pareja, por si se recoge información acerca de cómo vivieron el embarazo, si fue deseado, si fueron necesarias técnicas de reproducción asistida o cualquier otro detalle que sea de interés.^{26, 27}

A pesar de que la responsabilidad de comunicar las malas noticias es del médico, es muy recomendable que la enfermera encargada de la paciente esté presente. A modo de promover un ambiente de confianza, es conveniente que tanto el médico como la matrona se presenten con su nombre y cargo.^{26, 28, 29}

Debemos adoptar una actitud empática en la relación que se establece con los padres, tomando en consideración sus sentimientos. Evitaremos posiciones autoritarias o paternalistas que anulan la capacidad necesaria para resolver el duelo por ellos mismos.²⁶

Autores como Batista explican que la comunicación de la noticia debe ser clara, precisa y realista, aportando las explicaciones necesarias y con apoyo de las pruebas que certifiquen el diagnóstico. Un lenguaje coloquial, evitar los tecnicismos y mostrar empatía en el mensaje facilita la correcta comprensión de la información.³⁰

La información debe ser dada en un espacio privado, en el que no haya interrupciones, para favorecer que los progenitores expresen su dolor abiertamente.^{29, 30}

Debemos procurar transmitir sensación de calma, sin que se denote prisa, para favorecer un ambiente de interés y respeto. Preguntaremos si desea estar acompañada por su pareja, familiares o amigos durante el diagnóstico de la muerte porque puede ayudarles a soportar el *shock* inicial; darles el tiempo suficiente para entender la magnitud del problema y ofrecerles las posibilidades que tienen, respetando la decisión de cada una de ellas.^{28, 29, 30}

Una buena estrategia para lograrlo es pedir a la persona que acaba de ser informada que nos explique con sus palabras lo que ha escuchado. Esta técnica nos permitirá ver lo que realmente ha comprendido y si se ha asimilado la gravedad de la situación.³⁰

Evitaremos palabras frías como *feto*, *fetito* o *embrión* y las sustituiremos por *hijo*, *hija*, *bebé* o por el nombre si lo conocemos. Repetiremos, con paciencia, la noticia tantas veces como sea necesario.³⁰

Es importante que el personal escuche atentamente a los padres sin emitir juicios ante las reacciones iniciales del duelo. Se debe brindar a los padres la oportunidad de estar con el niño, de cogerlo y darle un nombre si ellos así lo desean.⁴

A veces, el propio personal sanitario presenta temores ante la comunicación de malas noticias. Yáñez describe las diferentes emociones que se generan en los profesionales ante esta situación, por ejemplo, el miedo a causar dolor puede llevar a los profesionales a tomar actitudes evasivas respecto a la comunicación de malas noticias, sin olvidar el hecho de que pueden sentir que se les considere culpables del infortunio. En ocasiones, en situaciones como esta, los familiares tienden a descargar su ira y su rabia hacia el personal sanitario culpabilizándoles de lo ocurrido, por lo que los profesionales pueden encontrarse en una situación francamente difícil.²⁶

Existe una serie de comentarios que la asociación Umamanita y otras guías hospitalarias recomiendan evitar con los progenitores o las familias afectadas en esta situación: «Sé fuerte», «no llores», «es la voluntad de Dios», «todo pasa por alguna razón, es el destino», «no es el fin del mundo», «Dios necesitaba otra flor en su jardín», «ahora tienes un angelito», «ahora está en un lugar mejor», «al menos no llegaste a conocerle bien», «eres joven, ya tendrás más», «debes de ser fuerte por tus hijos/esposo/familia, etc.», «el tiempo lo cura todo», «ya le olvidarás». Este tipo de frases pueden desencadenar un duelo desautorizado no reconocido, al sentir el afectado que se le quita importancia a lo acontecido.³¹

Estos mismos autores recomiendan utilizar otras expresiones con los padres que acaban de sufrir una pérdida perinatal: «Imagino que lo esperabais con mucha ilusión y cuánto lo queráis», «la pérdida de un hijo siempre es devastadora», «da igual el tiempo que haya estado con nosotros», «¿qué nombre le habíais puesto?», «¿queréis recordarlo con ese nombre?», «¿qué habíais imaginado para el bebé?», «¿cómo pensáis recordarlo?», «tenéis un bebé precioso», «no me molesta que lloréis», «no podemos quitarte el dolor, pero no estás sola. Puedes compartirlo con nosotros o con otros profesionales destinados a esta finalidad».^{28, 31, 32}

En la transmisión de la información, la comunicación no verbal juega un papel importante, como el lenguaje corporal, la actitud, el contacto visual, la expresión facial, el contacto físico, la proximidad, la postura... Supone un peso importante en el significado recibido en el mensaje. El tacto (tocar el antebrazo o un apretón de manos) puede ser un buen apoyo. Del mismo modo, el silencio podrá dar más apoyo y compañía que ofrecer consuelo mediante comentarios que no resultan apropiados.^{29, 33}

Cuidar detalles como la posición a la hora de comunicar, estar a su mismo nivel, que se demuestre cercanía y que exista contacto visual nos ayudará a crear una mejor relación con los pacientes y una mayor confianza.³³

Siguen siendo muchas las experiencias de madres que han sufrido un trato no adecuado en la elaboración de su duelo con frases como «hemos monitorizado a su mujer y no hay latido fetal», que denotan frialdad por parte de los profesionales. Otra madre recordaba el nacimiento de su bebé muerto así: «Se lo llevaron y lo tumbaron sobre una mesa de metal y le dejaron allí.» Esas palabras o actuaciones nunca se olvidan y marcan la trayectoria de esa familia, y generan duelos patológicos o duelos desautorizados. Desde el primer minuto, los profesionales deben de saber qué hacer, qué decir y cómo actuar porque lo que supone una pérdida que no tiene importancia por la falta de contacto y emociones con la persona fallecida no implica que esas madres y padres no vayan a sufrir y sientan ese dolor de la misma o de mayor forma que otra pérdida.¹⁹

La asociación Umamanita ha elaborado una guía de uso para cuando existe una muerte intrauterina o posparto. Se recomienda dar tiempo para asimilar el impacto de la noticia. También se puede hacer entrega de un folleto explicativo con toda la información para que comprendan el proceso por el que están pasando, ya que esta información ayuda a los padres y familiares a sentir el control de la situación, de manera que hemos creado uno donde consta la información básica (Anexo 5).²⁸

En el caso de una muerte intrauterina, la recomendación general es favorecer que la madre experimente el proceso de parto, ya que beneficiará una elaboración funcional del duelo. Se hará partícipe a la madre y a su pareja de las decisiones acerca de la inducción y el plan de parto, acompañamiento, postura de parto o analgesia, ya que esto contribuye a un mejor desarrollo del duelo. Se respetarán las decisiones de la pareja, evitando la sedación de la mujer, ya que está contraindicada por interferir en la elaboración del duelo porque da una sensación de irrealidad a lo sucedido.^{21, 28}

El parto, siempre que esté indicado, se producirá por vía vaginal. Ante esta situación, muchas primíparas son reacias a pasar por un parto vaginal por temor al dolor y el sufrimiento, pero la evidencia científica demuestra que esta vía facilitará la elaboración del duelo. Si se decidiera retrasar el parto, unas veinticuatro horas, para estar más preparados, se entregará el número de teléfono del ginecólogo o comadrona de guardia para que puedan contactar con ellos cuando lo crean necesario. No parece

que exista beneficio o peligro por el hecho de retrasar el momento del parto, de esta manera se da espacio suficiente para hacerse a la idea de que el bebé nacerá muerto, y de esta forma se acepta la pérdida y se inicia el duelo.^{21, 28,34}

Si el parto se produjera por cesárea por indicación médica, la matrona se ocupará de realizar los mismos procedimientos y de procurar un espacio y un tiempo para que la madre vea a su bebé y pueda despedirse de él (en el quirófano o en REA) y, posteriormente, llevará el bebé con el resto de familiares y les dará tiempo para despedirse hasta el traslado del cuerpo.²⁶

Algunos autores recomiendan que la habitación en la que la mujer estará ingresada sea señalizada con algún distintivo (una flor, una mariposa, etc.) para que todo el personal reconozca la situación.^{4, 28, 35}

El dolor puede ser controlado mediante analgesia epidural, durante la fase de dilatación a partir de 3-4 cm de dilatación, si las contracciones son rítmicas e intensas.^{4, 28, 35}

Durante el parto, el expulsivo y los pujos son especialmente duros, porque la mujer puede tener la sensación de que está llegando al final y está anticipando el fallecimiento de su hijo.³⁵

Una vez producido el alumbramiento del bebé, se le preguntará a la pareja si desea ver al bebé. Si es así, se permitirá hacer contacto piel con piel dando el tiempo necesario para su despedida.^{4, 28, 35}

Mientras la matrona prepara la cuna para la realización de los cuidados necesarios como vestirlo con su ropa, o si desean realizarlo los padres, también lo identificará con su etiqueta identificativa. Se deberá informar a los padres sobre la necesidad de realizar o no la autopsia, sobre todo si el niño nació con malformaciones, y de ayudarlos y orientarlos acerca de los trámites funerarios. También deben dar la posibilidad de hacer los rituales necesarios según su cultura u ofrecer el párroco del hospital para iniciar una ceremonia (Anexo 6).^{4, 28, 35}

La atención a la muerte perinatal y neonatal siempre ha sido un tema que se ha dado por «olvidado» dentro de los espacios de la maternidad. En España existen ejemplos de maternidades nuevas, construidas e inauguradas hace pocos años, donde se sigue ignorando esa necesidad. En hospitales más avanzados ya se habla de *circuitos de duelo* dentro de la planta de maternidad. Es decir, no mezclar padres que han tenido un

bebé sano con padres que acaban de perder a su bebé y asignar un espacio concreto para el duelo.³⁶

Uno de los aspectos más importantes para proporcionar una atención adecuada a la hora de afrontar los primeros momentos tras una muerte perinatal es garantizar a los padres de un espacio acomodado para despedirse y vivir estos momentos tan difíciles, un espacio que garantice intimidad y tranquilidad y que evite, en la medida de lo posible, las interrupciones.³⁶

El diseño de este espacio ayuda a velar por la intimidad del bebé, la de sus padres y su familia (insonorización); a respetar la relación bebé-familia antes que la relación paciente-hospital; y dar la libertad a la familia para ejercer sus ritos culturales o religiosos.³⁶

La caja de recuerdos es un objeto que pueden crear los profesionales para que los padres y familiares puedan incluir diferentes objetos significativos para recordar al bebé, de manera que podrán acceder a estos recuerdos más fácilmente cuando les sea necesario. Dentro de esta caja podemos encontrar:^{30, 36}

- Tarjeta para anotar: nombre y apellidos, fecha, peso y huella plantar. La tarjeta contendrá una frase.
- Poner la pulsera de identificación a la madre y meter en la caja la del niño.
- Elementos opcionales: mechón de pelo, gorro, manta, camiseta del bebé.
- Un recuerdo fotográfico si los padres lo desean. Puede ser de gran ayuda sobre todo a medida que pasa el tiempo y los recuerdos se van borrando. Se puede aconsejar realizarlo de una mano o pie. Si en ese momento no se encuentran preparados, debemos recordarles que estará disponible durante un año en el hospital.

Una vez en planta, es importante que se le ofrezca a la madre una habitación individualizada que esté ubicada lo más lejos posible de los demás recién nacidos, incluso se recomienda ingresar en otra planta si es posible.^{28, 30, 35}

Es importante facilitar el contacto de los progenitores con el resto de sus familiares, de manera que se sientan respaldados y que tienen a sus personas importantes a su lado en este momento tan complicado.^{28, 30, 35}

Se debe valorar la necesidad de una interconsulta con el psicólogo del centro e informar de los grupos de apoyo que existen sobre el duelo perinatal.^{28, 30, 35}

Además de seguir manteniendo el apoyo emocional constante a la madre y a los familiares, debemos realizar los cuidados propios de puerperio, como el control clínico (útero, mamas, loquios, eliminación de epidural, constantes, etc.).^{28, 30, 35}

Se debe favorecer el alta precoz si el estado de salud lo permite, entregando el informe de alta y la citación con el hospital en treinta días para su control posterior, además de con la matrona en su centro de salud en los siguientes diez días. Se debe aconsejar esperar a tener un nuevo embarazo hasta haber hecho un hueco en la familia al hijo fallecido. En terapia familiar, los hijos fallecidos forman parte de la familia, y conviene que tengan su espacio en la misma.^{28, 30, 35}

Es importante informar a la familia que durante el proceso de duelo se pueden manifestar sentimientos de tristeza y conflictos maritales, por lo que se les aconseja en estas situaciones visitar a terapeutas especialistas para que los ayuden a superar su pérdida. También se les puede informar de la existencia de grupos de apoyo, libros y páginas web enfocadas a ayudar a los afectados (Anexo 7).^{28, 30, 35}

La lactancia forma parte de un proceso importante dentro de la pérdida perinatal. Las madres que viven la pérdida de un hijo necesitan saber cuáles son las alternativas que la evidencia nos muestra para el manejo de la lactogénesis de una manera efectiva en la elaboración del duelo. La inhibición de la producción láctea supone un bloqueo neuropsicológico por el cese de producción de oxitocina, prolactina y endorfinas que a su vez actuarían como protectores ante el estrés y la depresión. Debemos superar la actitud paternalista de suprimir la lactancia sin ofrecer alternativas; nos podemos equivocar. Además, con la pérdida de un hijo se empieza a segregar cortisol, que influye negativamente en algunas zonas cerebrales, así como en el estado de ánimo.³⁷

La inhibición de la lactancia materna se puede realizar de manera paulatina y sin la utilización de fármacos, o de manera farmacológica. La prolactina es la hormona que se relaciona con el bienestar de la madre durante la lactancia, y al inhibirla bruscamente con sustancias químicas podría agravar los síntomas de depresión.^{28, 37}

Hasta 1995 se utilizó la bromocriptina para la inhibición de la leche materna, hasta que la U.S. Food and Drug Administration desaconsejó su uso a causa de los riesgos cardiovasculares que iban asociados a este medicamento, y actualmente no se utiliza para este fin.²⁸

Posteriormente se comenzó a usar la cabergolina. La eficacia de este medicamento disminuye cuando la lactancia ya está establecida, por lo que se recomienda su inicio dentro de las setenta y dos horas posteriores una vez la mujer haya dado a luz. El problema más frecuente que se puede presentar tras la toma de este medicamento es la ingurgitación.²⁸

Será necesario informar a la mujer de la necesidad de extraerse leche de los senos hasta que disminuya la molestia, sin vaciarlos completamente.²⁸

La inhibición no farmacológica de este proceso puede llegar a durar un mes o más y cabe la posibilidad de que aún meses después se sigan segregando esporádicamente algunas gotas de leche. Paulatinamente, el pecho irá segregando cada vez menos leche hasta que esta desaparezca.²⁸

La prioridad de este tratamiento será evitar la ingurgitación, por lo cual se le indicará a la madre que deberá realizar pequeñas extracciones de leche cuando comience a sentir que el seno está lleno. Únicamente es necesario extraer la cantidad mínima con la que ella deje de sentir incomodidad e ir espaciando las extracciones cada vez más.²⁸

Se le aconsejará a la madre el uso de sujetadores que contengan el pecho sin llegar a oprimirlo.²⁸

El seguimiento de los padres que están sufriendo un duelo perinatal no finaliza con el alta hospitalaria, sino que debe continuar. El seguimiento es necesario no solo para favorecer su correcta elaboración, sino para poder detectar tempranamente los signos de un duelo patológico.²⁹ Lo ideal en esta situación es que la enfermera hospitalaria se pusiera en contacto con la de atención primaria, para que esta se ponga en contacto con los afectados y pueda realizar un seguimiento de forma más cercana.²⁹

En caso de que se haya establecido un lazo afectivo entre los padres y los profesionales, se recomienda que realicen alguna llamada telefónica durante las primeras semanas para verificar el estado de estos y comprobar si necesitan alguna cosa. Se recomienda que la primera llamada se realice a las dos semanas y otra al mes y medio de la pérdida.²⁹

Con relación a las intervenciones al alta:³⁸

- Ofrecer atención y contención psicológica si lo desea.

- No obstaculizar la expresión emocional de la madre, permitirle experimentar y vivir la pérdida de su hijo y el duelo del mismo.
- Realizar la inhibición farmacológica de la lactancia si ella lo desea.
- Sugerir el uso de vendas o fajas sobre las mamas.
- Entregar a la familia el certificado de defunción y la hoja de ingreso del paciente fallecido según las normativas de cada servicio.
- Informar a la madre/familia acerca de la existencia de algún grupo de padres que han perdido un hijo.

Será importante tener en el servicio un resumen por escrito de todas las instrucciones claramente señaladas de los trámites que deben seguir después del fallecimiento, ya que es probable que los padres olviden las instrucciones que se les ha dado verbalmente sobre los trámites.³⁸

Cuando la familia abandone el hospital entrará en un mundo que ya no conoce y del que ya no sabe qué esperar. Será conveniente explicarles cómo pueden reaccionar sus familiares y amigos.³⁸

Durante los primeros días será normal que el entorno les quiera arropar y demostrarles que están ahí para lo que necesiten. Sin embargo, este apoyo suele ser temporal y a veces insuficiente. Por lo general, las personas del entorno deben volver a sus vidas y a sus tareas cotidianas, de manera que deben repartir su energía y dosifican cada vez más su atención al doliente. En estos casos se puede sumar al dolor por la pérdida el sentimiento de fracaso del propio entorno por no poder proveer apoyo continuado, lo que podría provocar un desequilibrio en la familia.³⁸

Adaptarse a la pérdida supondrá una reorganización a corto y largo plazo, donde el duelo de los familiares y los duelos individuales se influyen recíprocamente. Los aspectos relacionados con la estructura del sistema familiar, la calidad de la comunicación y del apoyo entre los familiares, etc. pueden favorecer o entorpecer el desarrollo del duelo individual.³⁸

Cabe destacar la importancia de establecer un espacio donde se pueda realizar una despedida íntima y pausada. Estos espacios son un factor protector del duelo.²⁸

Por último, un aspecto a considerar ante una muerte perinatal es que los profesionales que han asistido a la mujer y su familia, con el objetivo de esclarecer lo ocurrido, deben

revisar la historia clínica de la paciente, informes clínicos y datos analíticos realizados hasta el momento en poder de la gestante o que se encuentren en la historia clínica:²⁸

- Determinaciones hematológicas, bioquímicas, serológicas (toxoplasmosis, rubéola, VIH, virus de la hepatitis B y C, sífilis, CMV, listeriosis, serología enfermedad de Chagas en pacientes procedentes de zonas de riesgo), grupo sanguíneo y Rh, y prueba de Coombs.
- Posibles patologías maternas asociadas a la muerte fetal anteparto, tales como hipertensión, embarazo múltiple, placenta previa y desprendimiento prematuro de la placenta, síndrome HELLP, feto CIR, corioamnionitis y trombofilias.
- Se puede hacer solicitud de un estudio anatomopatológico de placenta y cordón y un eventual estudio genético o una prueba de Kleihauer-Betke.

Emociones que genera una muerte perinatal en las familias

Los progenitores, aunque no son los únicos, son los más afectados ante la pérdida de un hijo porque llevaban meses creando unas expectativas e imaginando una vida con esa criatura, por lo que saber que sus sueños no se cumplirán y pensar que esa persona nunca vivirá los puede dejar en un estado de confusión.¹

A la hora de tratar con los padres deberemos tener en cuenta que la situación no le afectará de la misma manera a la madre que al padre, por lo que es importante considerar que cada uno tendrá sus propios sentimientos, por lo que en el abordaje de la situación deberemos tratar sus preocupaciones y sentimientos individualmente con cada uno de los afectados y conjuntamente como pareja.¹⁸

La pérdida de un hijo provocará que se desencadenen muchos sentimientos y situaciones en la madre. Las mujeres pueden sentirse traicionadas por su cuerpo, les ha fallado y, como consecuencia, no han hecho aquello para lo que se supone que están destinadas.¹

Otro sentimiento que puede aparecer con bastante frecuencia es la pérdida de feminidad, ya que, cuando esta se entera de que está embarazada se siente una mujer completa, no le importará demostrar que está embarazada y mostrará sus nuevas curvas con orgullo, por lo que después de la pérdida todos estos sentimientos desaparecen y ya no se siente una mujer completa.¹⁸

Uno de los mayores problemas al que se enfrenta la mujer es la sociedad. Vivimos en una sociedad donde el duelo perinatal no es reconocido como tal, por lo que vivir una situación como esta en nuestra cultura provoca que se sientan solas e incomprendidas.⁴

Este tipo de situaciones se afrontan de la manera incorrecta. Nos han enseñado que lo mejor que se puede hacer es evitar el tema y no hablar de ello, y este hecho provoca que la mujer se sienta insegura y cohibida, por lo que no quiere demostrar sus sentimientos ni hablar públicamente de ello, de manera que esto puede llegar a desencadenar que el duelo no sea afrontado de la manera correcta.⁴

Por lo general, a los hombres no les gusta hablar de sus sentimientos, por lo que en situaciones como esta pueden utilizar la evitación como mecanismo de defensa, de manera que si no piensan en la pérdida o no hablan de ello será mucho más fácil superarlo y seguir hacia delante.¹⁸ Será importante explicarle al padre que es necesario que le exprese a su mujer sus sentimientos y sus pensamientos, de manera que ambos sepan cómo se siente el otro y así poder afrontarlo de la mejor manera apoyándose el uno en el otro.¹

Es importante tener en cuenta que la pareja que ha sufrido la pérdida ya podría tener otro hijo. Estos, habitualmente, son considerados los dolientes olvidados, ya que, en ocasiones, se considera que al ser pequeños no entienden la situación por lo que no hay que explicarla.¹

Los hijos, normalmente, tienden a culpabilizarse, ya que, por lo normal, cuando se enteran de que va a haber un bebé en la familia sienten que serán desplazados y que ya no les harán caso, por eso tienden a tener sentimientos de rabia y envidia hacia esa criatura que todavía no ha nacido. Esto provoca que en el momento de su muerte ellos piensen que es su culpa y que todo ha sido causado por los sentimientos que ellos tenían.¹

Para estos niños será importante que se les haga partícipes de la situación que se está viviendo en su familia, que se les explique todo con un lenguaje que ellos puedan comprender con claridad y sin mentiras, de esta manera se les podrá explicar el motivo del disgusto, aclarando que ellos no van a morir como su hermanito y no lo van a abandonar. Será importante que también participen en el ritual de despedida de su hermano, ya sea mediante dibujos, flores o pequeños regalos.¹

El nacimiento de un nieto hace que el vínculo con los hijos se vea fortalecido, por eso, la pérdida de un nieto para ellos es un doble sufrimiento, ya que no solo sufren por la

pérdida de un nieto, sino que también sufren por la pérdida que está viviendo su hijo en ese momento.¹

Este tipo de pérdida puede provocar que aparezcan viejos sentimientos, por una pérdida anterior que ellos hayan vivido. Será importante que los abuelos no tomen decisiones por sus propios hijos sin la previa autorización de estos. Lo que sí podrán hacer para ayudar con la pérdida será ofrecer su ayuda en las tareas domésticas y con el cuidado de sus nietos.¹

Emociones que se generan en los profesionales ante un duelo perinatal

Los profesionales se suelen convertir en las personas de confianza y con las que los pacientes pueden desahogar sus preocupaciones, de manera que deberán aprender a cuidarse emocionalmente para que la situación no los desborden.^{39, 40}

Un porcentaje significativo de los profesionales sentirán emociones semejantes a las de la mujer, y experimentarán fracaso, resentimiento y sensación de culpa. De todos los sentimientos predomina la sensación de ansiedad.³²

Los sentimientos anteriores hacen que el propio profesional actúe de dos maneras muy diferentes:³²

- Conducta de evitación: Para evitar los sentimientos de culpa y ansiedad intenta animar a la pareja con frases, en muchas ocasiones, poco indicadas o limitándose a la atención puramente técnica buscando distancia emocional.
- Conducta de sobreimplicación: Asume como propio el dolor de la madre, adopta actitudes paternalistas y de sobreprotección o sufre desolación pasando por fases similares a las de la madre.

Será necesario que el profesional aprenda a separar los problemas de los pacientes de los suyos propios, no haciéndose responsable de la búsqueda de la respuesta.⁴ Para los profesionales resultará difícil ser testigos de la muerte perinatal, ya que este acontecimiento no solo implica enfrentar problemas técnicos, sino también emocionales. La gran mayoría no ha recibido preparación para enfrentar la muerte, lo que puede llegar a que se generen sentimientos de frustración, impotencia, tristeza...⁴

Existe una serie de recomendaciones en relación con las profesiones como son:²

Durante la muerte perinatal los profesionales se pueden encontrar en la situación de qué decir y qué no. La búsqueda de las palabras correctas o de la actuación correcta es

complicada, por lo que existe una serie de recomendaciones para los profesionales de manera que les sea más fácil el abordaje de la situación y ofrecer una asistencia de calidad. Estas recomendaciones son:^{32, 33}

- No iniciar una conversación con los afectados si de alguna manera no estamos dispuestos a ofrecer respuestas sinceras, prestar atención, escuchar de una manera empática...
- Evitar culpabilizarles o juzgarles y decirles qué deben hacer o qué no deben hacer.
- Evitar derrumbarnos o llorar desconsoladamente durante el proceso de acompañamiento. Representaremos una figura de apoyo y seguridad para los afectados, por lo que implicarse tanto de una manera emocional como para venirse abajo provocará que perdamos objetividad y el valor que representamos para ellos. Sí se puede demostrar tristeza y nuestro pesar por la muerte y por el dolor de los padres. Ayudar o apoyar a alguien no implica llorar junto a esa persona. Si creemos que en ese momento carecemos de las habilidades que nos permitan mantener la objetividad, será mejor pedir ayuda a algún compañero.
- Evitar buscar algo positivo de la muerte del bebé.
- Cualquier persona es irremplazable independientemente del tiempo que haya vivido, por lo que deberemos evitar decir que tendrán más bebés ni sugerir que se queden embarazadas tan pronto como puedan, ya que se sugiere que se mantenga un periodo intergenésico superior a dieciocho meses.
- En caso de no haber pasado por su misma situación, deberemos evitar decir que entendemos su dolor. Nadie puede saber cómo se siente un padre o una madre que ha perdido a su hijo si no ha vivido ese momento. Decir que lo comprendemos y que luego descubran que no hemos vivido esa situación puede generar una sensación de incomprensión por nuestra falta de honestidad.
- Evitar introducir prejuicios u opiniones en la información y alternativas que damos a la mujer.

También será importante que no siempre sean los mismos profesionales los que atienden a las madres y padres que sufren este tipo de pérdidas. Esto será doblemente

beneficioso, ya que así todo el personal podrá ganar experiencia y también ayudará a mejorar la atención y las capacidades de los profesionales.²

Es importante que entre compañeros se cree un grupo de apoyo, como un blog sobre pérdidas perinatales, de manera que si a alguno le supone un problema personal atender este tipo de pérdidas pueda hablar con franqueza con sus compañeros y buscar una solución.²

Trabajar en equipo permitirá que los profesionales tengan tiempo para relajarse entre el parto de un bebé muerto y el de un bebé vivo. También ayudará a mejorar el desgaste emocional que pueda suponer al equipo.⁴⁰

El nivel de satisfacción de las matronas por la atención prestada para afrontar una situación de duelo está condicionado. Es mayor cuando se ha mostrado flexibilidad ante la situación, se han abordado todas las necesidades individuales de los afectados, se favorece la creación de recuerdos especiales, se escucha y se comparte la pena de manera que todo el peso no recaiga en una única persona, y la situación ha sido tratada en un ámbito de comprensión.⁴¹

El nivel de satisfacción es menor cuando sienten que la situación las desborda emocionalmente y no tienen recursos para sobrellevarla, si existen dificultades para comunicarse abiertamente y compartir la información con los afectados, si existe un compromiso emocional e imposibilidad de asegurar un apoyo continuo de la atención.⁴¹

Conclusiones

Antiguamente, los profesionales, ante una muerte perinatal, no ofrecían los cuidados que hoy en día son considerados adecuados. Separaban al bebé de la madre al nacer sin permitir que esta pudiese despedirse de él, lo que fomentaba sentimientos de rabia y tristeza en la madre y, como consecuencia, favorecía en ocasiones un duelo patológico. Tampoco se daba importancia a la figura paterna porque se consideraba como la figura «fuerte» que no necesita expresar sus emociones y pensamientos.

Con el paso de los años, los profesionales empezaron a mostrar un mayor interés ante el tema, pero la mayoría de ellos no se sentían preparados para afrontar este tipo de situación.

Una muerte perinatal genera diferentes emociones, tanto en los profesionales implicados como en los progenitores y familiares afectados, pero ambas partes tienen en común lo mismo: el miedo, la impotencia, la tristeza y la frustración.

En la actualidad, existen guías y protocolos de actuación ante esta situación, y favorecen que los profesionales se sientan más seguros y preparados ante una muerte perinatal porque tienen en cuenta las emociones que una circunstancia de este tipo puede generar en el profesional implicado. Por otro lado, estos protocolos favorecen unos cuidados adecuados a la mujer y familia, en relación a cómo debe ser la comunicación, cómo acompañar a la mujer durante el proceso de parto, etc.

Actualmente, ha cambiado mucho la manera de realizar la despedida del bebé. Se han habilitado espacios de despedida para que los familiares puedan estar tranquilos en ese momento tan difícil y puedan despedirse de la manera que ellos consideren adecuada y con los ritos que correspondan a su cultura.

Puede ser adecuado crear folletos explicativos para los afectados, ya que en el momento del impacto de la noticia mucha de la información no será retenida y estos folletos ayudarán a que posteriormente el proceso se desarrolle más adecuadamente.

Bibliografía

1. López García de Madinabeitia, AP. Duelo perinatal: un secreto dentro de un misterio. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2011; 31 (109), 53-70.
2. Pastor Montero, Sonia María; Romero Sánchez, José Manuel; Gálvez González, María; Castro, Olga Paloma; Carnicer Fuentes, Concepción; Toledano Losa, Ana Cristina. Diagnóstico y estrategias de intervención en el ámbito del cuidado de la pérdida perinatal. Rev Paraninfo Digital, 2012; 15. Consultado el 18 de febrero del 2018. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n15/032o.php>
3. Cabodevilla I. Las pérdidas y sus duelos. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. 2007;30 (Supl. 3):163-176.
4. Oviedo Soto, S; Urdaneta –Carruyo, E; Parra-Falcón, M; Marquina-Volcanes, M. Duelo materno por muerte perinatal. Mexicana: Trabajo de revisión. Medigraphic. 2009 vol: 76 pp: 215-219
5. Martos López, IM; Sánchez Guisado, MM; Guedes Arbelo, C. Atención a la pérdida perinatal, una asignatura pendiente para enfermería. Rev Paraninfo Digital, 2015; 22. Disponible en: <<http://www.index-f.com/para/n22/082.php>> Consultado el 18 de febrero del 2018.
6. Isabel M. Martos-López¹, María del Mar Sánchez-Guisado², Chaxiraxi GuedesArbelo. Duelo por muerte perinatal, un duelo desautorizado. Rev Esp Comun Salud. 2016, 7(2), 300 – 309
7. Ine.es, Instituto Nacional Estadística [sede Web]. Europa: Ine.es; [acceso 19 de abril de 2018]. Disponible en: <http://www.ine.es/dynt3/inebase/index.htm?padre=1153&capsel=2063>
8. Demopaedia.org, Diccionario demográfico multilingüe [sede Web]. Europa: Demopaedia.org [actualizada el 5 de febrero de 2010; acceso 19 de abril de 2018] Disponible en: http://es-ii.demopaedia.org/wiki/Tasa_de_mortalidad_fetal
9. Saludcapital.gov.co, secretaria distrital de salud de Bogotá [Sede Web] Bogotá; saludcapital.gov.co [acceso 19 de abril de 2018] Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/sitios/VigilanciaSaludPublica/Protocolos%20de%20Vigilancia%20en%20Salud%20Publica/Mortalidad%20Perinatal.pdf>

10. Humanium.org, Humanium [sede Web] humanium.org [acceso 19 de abril de 2018] Disponible en: <https://www.humanium.org/es/mortalidad-infantil/>
11. Alemana.cl, Clínica Alemana [Sede Web] Alemania; alemana.cl [acceso 19 de abril de 2018] Disponible en: http://www.alemana.cl/indicadores/Tasa_de_mortalidad.pdf
12. Reducir la mortalidad en niños. [OMS]; Octubre del 2017. [20 de noviembre del 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs333/es/>
13. Ine.es, Instituto Nacional Estadística [sede Web]. Europa: Ine.es; [acceso 12 de diciembre de 2017]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1698>.
14. Ine.es, Instituto Nacional Estadística [sede Web]. Europa: Ine.es; [acceso 12 de diciembre de 2017]. Disponible en: <https://www.idescat.cat/economia/?id=d202&lang=es>
15. Ine.es, Instituto Nacional Estadística [sede Web]. Europa: Ine.es; [acceso 12 de diciembre de 2017]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1698>.
16. Ine.es, Instituto Nacional Estadística [sede Web]. Europa: Ine.es; [acceso 12 de diciembre de 2017]. Disponible en: <https://www.idescat.cat/economia/?id=d202&lang=es>
17. Jacome Jaramillo, MS. Diferencias de género en el proceso del duelo seguido a una perdida perinatal. Trabajo de titulación. 2015.
18. Gold, KJ. Cuidados tras la muerte de un bebé: una revisión sistemática de la experiencia de los padres con los profesionales sanitarios. Umamanita. 2014 abr: 1-7.
19. Pastor Montero, SM; Romero Sánchez, JM; Hueso Montoro, C; Lillo Crespo, M; Vacas Jaén, AG; Rodríguez Tirado; MB. La vivencia de la pérdida perinatal desde la perspectiva de los profesionales de la salud. Artículo original. Scielo. 2011; 19(6).
20. Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Dependencia. Guía clínica del seguimiento del duelo [Internet]. Extremadura; 2010. [citado 13 de febrero del 2018] 42 p. Disponible en: <http://periodicoses.saludextremadura.com/upload/4783.PDF>

21. de la Horra Gutiérrez, I. La simulación clínica como herramienta de evaluación de competencias en la formación de enfermería [tesis doctoral]*. Universidad computense. Madrid; 2010.
22. Domínguez Santarén MJ. Elaboración y prueba piloto de un cuestionario para conocer la capacidad y la disposición del personal sanitario en el acompañamiento al duelo perinatal. NureInvestig [Internet]. 2013 [citado 24 febrero 2018];62. Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/TESINA/NURE62_tesina.pdf
23. Hannah K. Parental bereavement care. Brithish Journal of Midwifery. 2013;21(4).
24. Yáñez A. Capítulo 1.1: El duelo. En: Atención profesional a la pérdida y el duelo durante la maternidad. Servicio Extremeño de Salud. 2015; 49-84.
25. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales 4ªEdición. Barcelona. 2003.
26. Soto Herrero, V; Rodríguez Portilla, NE; Martínez Rojo, C; Rubio Alacid, S; Martínez Román, C. Guía Actuación y acompañamiento en la muerte Gestacional Tardía. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. 2016;12-19.
27. Yáñez A. Capítulo 2.1: Cómo actuar en el hospital. En: Atención profesional a la pérdida y el duelo durante la maternidad. Servicio Extremeño de Salud. 2015; 89-103.
28. Olza I, Álvarez Álvarez M, Silvente C, Herrera B, Aguayo P, García Roldán A, et al. Guía Para La Atención a La Muerte Perinatal y Neonatal. Umamanita, El Parto es Nuestro. 2009.
29. Bautista, P. El duelo ante la muerte de un recién nacido. Enfermería neonatal:23-28.
30. Cristóbal Rengel Díaz. Plan de cuidados de enfermería para la perdida perinatal y el aborto. Artículo de revisión. Enfermería Docente 2010; 91: 37-43.
31. Yáñez A. Capítulo 2.2: Cómo actuar en el hospital. En: Atención profesional a la pérdida y el duelo durante la maternidad. Servicio Extremeño de Salud. 2015; 104-107.

32. Mejias Paneque, M^aC. Duelo perinatal: Atención psicológica en los primeros momentos. Hygia. 2012; 79:52-55
33. Yáñez A. Capítulo 2.1: Cómo actuar en el hospital. En: Atención profesional a la pérdida y el duelo durante la maternidad. Servicio Extremeño de Salud. 2015; 89-103.
34. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Late Intrauterine Fetal Death and Stillbirth. Green-top Guideline 55. 2010.
35. Hospital Gregorio Marañón de Madrid. Actuación de la matrona en muerte perinatal. 2011;6-10.
36. Yáñez A. Capítulo 2.8: Cómo actuar en el hospital. En: Atención profesional a la pérdida y el duelo durante la maternidad. Servicio Extremeño de Salud. 2015; 202-212.
37. Yáñez A. Capítulo 2.7: Cómo actuar en el hospital. En: Atención profesional a la pérdida y el duelo durante la maternidad. Servicio Extremeño de Salud. 2015; 176-199
38. Yáñez A. Capítulo 3.1: Cómo actuar en el hospital. En: Atención profesional a la pérdida y el duelo durante la maternidad. Servicio Extremeño de Salud. 2015; 219-228
39. M., F. C. Sánchez Sánchez y P. Echevarría Pérez. 2017. "Alumbrando la muerte. Profesionales de la vida gestionando el duelo". Revista Internacional de Sociología, 75 (3): e070. doi: <http://dx.doi.org/10.3989/ris.2017.75.3.15.189>.
40. Yáñez A. Capítulo 2.9: Cómo actuar en el hospital. En: Atención profesional a la pérdida y el duelo durante la maternidad. Servicio Extremeño de Salud. 2015; 213-219
41. González Castroagudín, S; Suárez López, I; Polanco Teijo, F; Ledo Marra, M^a J; Rodríguez Vidal, E. Papel de la Matrona en el manejo del duelo perinatal y neonatal. Cad Aten Primaria. 2013; 19: 113-117

Anexos

Anexo 1: Normas de publicación

Revista Matronas profesión

Secciones de la revista

Revisiones

En esta sección se incluyen trabajos donde se estudia un tema en profundidad y se realiza una revisión de la bibliografía nacional e internacional, publicada hasta la fecha. El manuscrito no debe superar los 24.100 caracteres con espacios.

Presentación de los trabajos

Los trabajos deberán ser presentados a 1,5 espacios, con un tamaño de letra de 12 puntos, en DIN-A4, con un margen no inferior a 25 mm y con las páginas numeradas.

Idioma: Los artículos serán redactados y remitidos en castellano.

Primera página: Se indicarán, en este orden, los siguientes datos: a) título del artículo; b) nombre de pila completo y apellido de cada uno de los autores (si se utilizan los dos apellidos, irán unidos por un guion, a efectos de su identificación en los índices internacionales); c) filiación institucional de cada uno de los autores (profesión, nombre completo del departamento, centro de trabajo y dirección completa); d) nombre, filiación profesional, dirección de correo electrónico y teléfono del autor responsable para la correspondencia; e) financiación total o parcial del estudio, si la hubiere; f) relación, si existiese, entre cada investigador y las empresas potencialmente implicadas en el estudio (conflicto de intereses), y g) si el artículo se ha presentado como comunicación oral o póster en algún congreso, o si ha sido publicada en una tesis doctoral. Al final de esta primera página, se incluirán los recuentos de palabras del resumen y del cuerpo del manuscrito, excluidas la bibliografía y las tablas.

Segunda página: En ella aparecerán el resumen y las palabras clave. Su extensión deberá ajustarse a la de cada tipo de artículo.

Tercera página y sucesivas: Se incluirá el texto o cuerpo del manuscrito con sus diferentes apartados, según la sección de que se trate. Una vez concluido el cuerpo del manuscrito, en la siguiente página se presentará la bibliografía.

A continuación, y empezando en una página nueva, aparecerán las tablas (las figuras se incluyen en archivos aparte).

Estructura de los trabajos

Título

Debe expresar de forma clara y concisa el contenido del manuscrito, y ha de aportar la mayor información con el mínimo número de palabras (es recomendable que no exceda de 15). No debe contener acrónimos.

Resumen y palabras clave

Revisiones bibliográficas y casos clínicos

Se incluirá un resumen del trabajo (entre 700 y 1.100 caracteres con espacios) que indique el contenido del artículo. A continuación, y en la misma página, se citarán de 3 a 6 palabras clave, que estarán directamente relacionadas con el tema del manuscrito. Deben utilizarse términos del MeSH de PubMed o del Thesaurus de CINAHL, para que puedan ser introducidos en las bases de datos nacionales e internacionales. Hay que presentar la versión en castellano y en inglés tanto del resumen como de las palabras clave.

Cuerpo del trabajo

Revisiones bibliográficas

Deben contener los siguientes apartados:

Introducción: Se expondrá el objetivo de la revisión de manera clara y concisa, así como la situación actual y los antecedentes, respaldados con referencias bibliográficas.

Metodología: Se explicará la estrategia de búsqueda utilizada; deben indicarse los descriptores empleados, las bases de datos revisadas y los límites de tiempo en cada una de las bases de datos. Hay que realizar una búsqueda exhaustiva en bases de datos científicas nacionales e internacionales.

Resultados: Deben derivarse de los resultados sobre el tema de estudio. Constará la información sobre el número de artículos encontrados, así como el número y el tipo de estudios incluidos en la revisión.

Discusión: Se identificarán los aspectos más relevantes y las coincidencias o controversias entre autores y se especificarán las posibles limitaciones.

Conclusiones: Se aportarán las conclusiones de la revisión. Se señalará la aplicabilidad práctica para la profesión de matrona, así como los aspectos pendientes de estudio del tema, sugiriéndose nuevas investigaciones.

Agradecimientos

Se mencionarán las personas o instituciones que hayan contribuido al desarrollo del trabajo. Los sujetos de estudio deberían aparecer los primeros en este apartado, ya que el trabajo no se hubiese podido realizar sin su colaboración.

Bibliografía

Las referencias se presentarán siguiendo orden de citación en el texto y según las normas de Vancouver (pueden consultarse ejemplos de cómo escribir las referencias en la página: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html). Para los nombres de las revistas se utilizarán las abreviaturas del Journals Database de PubMed. También se puede consultar el catálogo colectivo de publicaciones periódicas de las bibliotecas de ciencias de la salud españolas, denominado c17 (disponible en: <http://www.c17.net>) o el listado de revistas incluidas en CUIDEN (disponible en: <http://www.index-f.com/bibliometria/incluidas.php#Listado> de Revistas Incluidas). Si la revista que se cita no está incluida en estos catálogos, se utilizará su nombre completo.

A continuación, ofrecemos algunos ejemplos de referencias bibliográficas.

- *Artículo de uno a seis autores:*
Terré C, Beneit JV, Gol R, Garriga N, Salgado I, Ferrer A. Aplicación de termoterapia en el periné para reducir el dolor perineal durante el parto: ensayo clínico aleatorizado. *Matronas Prof.* 2014; 15(4): 122-9.
- *Artículo de más de seis autores:*
Kessous R, Weintraub AY, Sergienko R, Lazer T, Press F, Wiznitzer A, et al. Bacteruria with group-B streptococcus: is it a risk factor for adverse pregnancy outcomes? *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2012 Oct;25(10):1983-6.
- *Artículo con autoría compartida entre autores individuales y un equipo:*
Seguranyes G, Costa D, Fuentelsaz-Gallego C, Beneit JV, Carabantes D, Gómez-Moreno C, et al; Postpartum Telematics Research Group (Grupo de Investigación Posparto Telemático (GIPT)). Efficacy of a videoconferencing intervention compared with standard postnatal care at primary care health centres in Catalonia. *Midwifery.* 2014Jun; 30(6):764-71

- *Libro* *completo:*
Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. Obstetricia de Williams. 23.^a ed. México DF: McGraw-Hill Interamericana; 2011.
- *Artículo* *en* *Internet:*
McPherson KC, Beggs AD, Sultan AH, Thakar R. Can the risk of obstetric anal sphincter injuries (OASIs) be predicted using a risk-scoring system? BMC Res Notes. 2014 Jul 24 [acceso 20 Jun 2015];7:471. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1756-0500/7/471>

Tablas

Se enumerarán según el orden de aparición en el texto, con el título en la parte superior y con las notas al pie necesarias para su comprensión.

Figuras

Las imágenes deben ser enviadas en alta resolución. Si se utilizan fotografías de personas identificables, es necesario tener la autorización para su publicación. Si se presentan imágenes procedentes de libros, páginas web, etc., hay que comprobar los derechos de autor y conseguir la correspondiente autorización cuando sea precisa. Todas las figuras irán numeradas por orden de aparición en el texto e irán acompañadas de sus respectivas leyendas en un fichero de texto.

Abreviaturas y símbolos

Deben utilizarse los menos posibles, y han de adaptarse a la nomenclatura internacional existente.

Normas de publicación: Matronas profesión [sede web]. España: federación de asociaciones de matronas de España; 2015 [acceso el: 2 de mayo del 2018]. Normas [1 pagina] Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/revista/normas/>

Anexo 2: Artículo

Título del artículo: un acompañamiento profesional ante una muerte perinatal en el hospital: una revisión bibliográfica.

Autores: Raquel-Hervás-Ruiz, Laia- Malet-i-Garcia

Profesión: Estudiantes de 4rt grado de enfermería de la URV 2018, Seu Baix Penedés (Coma-ruga)

Emails: Raquel.hr123@gmail.com , Laia.m.g.30@gmail.com

Responsable para la correspondencia: 610769090 (Raquel),
Raquel.hr123@gmail.com .

Presentación oral: como trabajo Final de grado de enfermería.

Total de palabras: 4070

Resumen

Objetivo Conocer el papel de la matrona y enfermera en la atención a las familias que han sufrido una pérdida perinatal en el hospital.

Metodología: Para dar respuesta al objetivo de esta investigación se realizó una exhaustiva revisión bibliográfica del tema. Las unidades de estudio fueron todos los artículos publicados entre los años 2007-2017, para dar respuesta a la importancia de la visibilidad de los cuidados y la atención enfermera en los primeros momentos tras la muerte perinatal.

Resultados y discusión: La pérdida perinatal es considerada la situación más difícil a la que una familia se ve abocada durante el embarazo. Esta pérdida puede desencadenar reacciones de duelo en los progenitores y familias que generan situaciones de difícil manejo para los profesionales sanitarios.

Es importante diferenciar los sentimientos que se puedan generar en el resto de familiares y no únicamente centrarnos en los progenitores.

Conclusión: Actualmente, existen guías y protocolos de actuación, que favorecen a que los profesionales se sientan más seguros y preparados.

Palabras claves: Duelo perinatal, matronas y enfermeras, intervenciones, sentimientos.

Abstract

Objective: To know the paper of midwife and nurse in attention to families who suffer a perinatal loss at the hospital.

Methodology: In order to respond to the objective of this research, It has been made an exhaustive bibliographic review of the subject was carried out. The study units were all articles published from 2007 to 2017, to respond the importance of the visibility of care and attention nurse in the first moments after perinatal death.

Results and discussion: Perinatal loss it is considerate the most difficult situation to which a family is forced during pregnancy. This loss can trigger duel reactions in parents and families that generate difficult situations for health professionals.

It is important differentiate feelings that can be generated in the rest of the family and not only focus on the parents.

Conclusions: Currently exist guides and protocols of action that aid the professionals to feel more secure and prepared.

Keys Words: Perinatal grief, midwife and nurse, interventions, feelings.

Introducción

El proceso de duelo es una respuesta adaptativa que se produce como consecuencia de la pérdida de una persona, objeto, ilusión o proyecto. Su magnitud estará condicionada por la sociedad, la cultura o la historia de la persona, y se asocia con frecuencia a síntomas físicos y emocionales.¹

Durante el embarazo y el parto se pueden generar ciertas complicaciones que nos llevarían a enfrentarnos a una situación de muerte del feto. La pérdida de un hijo antes, durante o después del parto supone una experiencia traumática que provoca en los progenitores y familia un proceso de duelo perinatal.²

La Organización Mundial de la Salud define la muerte fetal como aquella que acontece antes de la expulsión o extracción completa del feto. Se puede diagnosticar mediante la ausencia del latido del corazón, de movimientos o ausencia de pulsaciones del cordón umbilical.³

Actualmente, la mortalidad perinatal en España es del 4,43 por cada mil nacimientos mientras que en 1984 era de 11,20 por cada mil.^{13, 14} Con estas cifras podemos decir que la mortalidad ha disminuido, pero sigue siendo una situación muy trágica para las familias que la sufren.⁴

La primera referencia al sufrimiento ante una pérdida perinatal aparece en 1959 en un artículo en el que se relata el cómo y cuándo se realizó la despedida al fallecido. En esa época, por ejemplo, no se permitía que los padres pudiesen ver al bebé, lo que probablemente dificultase la realización del duelo.^{1,5}

El hecho de que no dejaran que los padres vieran a su hijo fallecido se explica en un entorno y época en la que no se valoraba la importancia de generar un

vínculo afectivo ante esta situación, por lo que hacían más difícil la formación de apego entre los padres y el hijo fallecido.⁵

Cuando los padres hablan de las experiencias vividas recuerdan muy bien cómo pasó todo y cómo fueron tratados. Uno de los aspectos más importantes que se tiene en cuenta a la hora de superar una muerte así es el trato que tienen con los profesionales.^{2,6}

En ocasiones, este trato puede no ser adecuado, en parte por la desatención de profesionales que consideran no estar lo suficientemente preparados para la situación que deben afrontar, ya que se sienten cohibidos y sin saber qué hacer ante una situación extremadamente compleja que no saben cómo abordar.⁷

Hasta 1959 ningún artículo científico había hecho referencia a las dificultades del obstetra frente a la muerte fetal antes, durante y después del parto. Ese año, en dicho artículo, Elia AD hacía recomendaciones sobre cómo debía atenderse a la mujer y a su familia ante esa situación, y deja constancia de la pena sufrida por el médico ante esta situación.¹

Unos años más tarde, en 1968, Bourne describió los efectos psicológicos que produce una muerte perinatal, por un lado, en la mujer y su familia y, por el otro, en los profesionales. Plantea el concepto del *ángulo ciego* en referencia a aquellos profesionales que simulaban que no había ocurrido nada y animaban a las parejas a que buscaran un nuevo embarazo. En aquella época se consideraba que lo mejor que se podía hacer era sedar a la madre para que no sufriera, lo que daba como resultado que se le privara del derecho de conocer a su hijo y de que pudiera despedirse de él.⁵

En 1982, Kirkley-Best y Kellner hacen una serie de recomendaciones con relación a la necesidad de que los profesionales que atienden a una familia que ha sufrido una muerte perinatal acompañen y cubran las necesidades específicas de los padres de los mortinatos. Una de las recomendaciones de estos autores fue que se dejara a los progenitores poder ver y tomar en brazos al bebé muerto.¹

Parece demostrado que los profesionales que atienden a la mujer y su familia ante una muerte perinatal resultan afectados emocionalmente. Son una pieza importante del proceso y es importante este reconocimiento, ya que son los que deberán acompañar a la familia dándoles todo su apoyo y ofreciéndoles todos los mecanismos de ayuda que existan.⁸

Diversos artículos publicados describen el proceso de atención a seguir ante una muerte perinatal en el hospital, pero no hay protocolos en la mayoría de hospitales, y los profesionales, ante esta situación, se encuentran desbordados y basan su atención en sus experiencias personales, en experiencias profesionales previas, etc. Es preciso estandarizar los cuidados a prestar ante una muerte perinatal con la elaboración de protocolos, guías clínicas y grupos de apoyo para profesionales guiados por expertos en el tema^{9,10}

Objetivos

General:

- Conocer el papel de la matrona y enfermera en la atención a las familias que han sufrido una pérdida perinatal en el hospital.

Específicos:

- Describir cómo debe realizarse el acompañamiento profesional ante una muerte perinatal en el hospital para facilitar el proceso del duelo en la mujer y su familia, en base a lo publicado al respecto en los últimos años.
- Conocer las emociones que genera una muerte perinatal en las familias y en los profesionales que los acompañan durante el proceso de duelo.
- Elaborar un tríptico con información y materiales de soporte al duelo para las familias que se encuentren ante la situación de una pérdida perinatal en el hospital.

Metodología

Las unidades de estudio fueron todos los artículos publicados entre los años 2007 y 2017. Se estableció unos criterios de inclusión y exclusión (Tabla 1) para efectuar el vaciado de los artículos.

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Artículos publicados entre los años 2007 y 2017.	Artículos publicados con anterioridad al año 2007
Artículos en castellano e inglés	Artículos en cualquier otro idioma
Artículos originales con metodología cuantitativa, cualitativa y revisiones bibliográficas	
Artículos que hagan referencia a la muerte perinatal y/o al duelo perinatal	

Tabla 1: Criterios de inclusión y exclusión

A continuación, hemos establecido unas palabras clave en inglés y en castellano (Tabla 4) para la realización de la búsqueda mediante la utilización del Medical Subjects Headings (MeSH).

Castellano	Inglés
Perinatal	Perinatal
Muerte	Death
Duelo	Grief/ Bereavement
Actuaciones	Interventions
Protocolo	Protocol
Afectación	Affectation
Matrona	midwife
Psicología	Psychology

Tabla 2: Palabras clave

En nuestra búsqueda hemos utilizado el operador booleano AND combinado con las diferentes palabras clave: «duelo AND perinatal», «duelo perinatal AND protocolo», «duelo perinatal AND actuaciones», «duelo perinatal AND psicología», «duelo perinatal AND matrona», «grief AND perinatal AND midwife».

Las bases de datos que hemos utilizado para realizar nuestra búsqueda son: Cuidatge, Cuiden Plus, Dialnet Plus, PubMed, y el buscador Google Académico.

Resultados y Discusión

Durante el proceso de revisión bibliográfica se encontraron noventa y cuatro referencias que cumplían los criterios de inclusión. Tras un primer análisis, de las noventa y cuatro referencias comentadas, se seleccionaron un total de treinta para la realización de esta investigación.

De estas referencias solo quince han sido utilizadas para dar respuesta a los objetivos formulados al inicio de la investigación. La información obtenida se ha resumido en tres apartados: El acompañamiento profesional ante una muerte perinatal en el hospital, las emociones que genera una muerte perinatal en los familiares y, por último, las emociones que se generan en los profesionales ante un duelo perinatal. Además, se presenta en tablas donde se indica la filiación de los artículos obtenidos.

Base de datos	Palabras clave	Año	Artículos encontrados	Artículos seleccionados con texto completo	Artículos incluidos en estudio en el apartado resultados

DIALNET	Duelo + perinatal + protocolo+ psicología + actuacione s + Matrona +	200 7 al 201 6	39	24	6
CUIDEN	Duelo + perinatal + protocolo+ psicología + actuacione s + Matrona +		98	53	4
PUBMED	Duelo + perinatal + protocolo+ psicología + actuacione s + Matrona +		11	11	
A PARTIR DE OTROS ARTÍCULO S			6	6	6

Tabla 3: Estrategias de búsqueda

Acompañamiento profesional ante una muerte perinatal en el hospital

Aunque existen algunas actividades recomendadas sobre la manera en la que se debe actuar ante un duelo perinatal y los procedimientos a seguir, un aspecto a tener muy en cuenta es saber que cada paciente es diferente y se deben personalizar estas recomendaciones teniendo en cuenta las preferencias y deseos de los afectados.¹¹

En la atención a las mujeres y sus familias tras una muerte fetal o neonatal, las enfermeras deben valorar la situación biopsicosocial de los afectados para humanizar, de la mejor forma posible, todo el proceso. Ante esta situación, los profesionales deben cuidar muchos aspectos determinados, por ejemplo, el cómo dar la noticia.¹¹

Debemos adoptar una actitud empática en la relación que se establece con los padres, tomando en consideración sus sentimientos. Evitaremos posiciones autoritarias o paternalistas que anulan la capacidad necesaria para resolver el duelo por ellos mismos.¹²

Autores como Batista explican que la comunicación de la noticia debe ser clara, precisa y realista, aportando las explicaciones necesarias y con apoyo de las pruebas que certifiquen el diagnóstico. Un lenguaje coloquial, evitar los tecnicismos y mostrar empatía en el mensaje facilita la correcta comprensión de la información.¹³

La información debe ser dada en un espacio privado, en el que no haya interrupciones, para favorecer que los progenitores expresen su dolor abiertamente.^{15,13}

Debemos procurar transmitir sensación de calma, sin que se denote prisa, para favorecer un ambiente de interés y respeto. Preguntaremos si desea estar acompañada por su pareja, familiares o amigos durante el diagnóstico de la muerte porque puede ayudarles a soportar el *shock* inicial; darles el tiempo suficiente para entender la magnitud del problema y ofrecerles las posibilidades que tienen, respetando la decisión de cada una de ellas.^{14,15,13}

Existe una serie de comentarios que la asociación Umamanita y otras guías hospitalarias recomiendan evitar con los progenitores o las familias afectadas en esta situación: «Sé fuerte», «no llores», «es la voluntad de Dios», «todo pasa por alguna razón, es el destino», «no es el fin del mundo», «Dios necesitaba otra flor en su jardín», «ahora tienes un angelito», «ahora está en un lugar mejor», «al menos no llegaste a conocerle bien», «eres joven, ya tendrás más», «debes de ser fuerte por tus hijos/esposo/familia, etc.», «el tiempo lo cura todo», «ya le olvidarás». Este tipo de frases pueden desencadenar un duelo desautorizado no reconocido, al sentir el afectado que se le quita importancia a lo acontecido.¹⁶

En la transmisión de la información, la comunicación no verbal juega un papel importante, como el lenguaje corporal, la actitud, el contacto visual, la expresión facial, el contacto físico, la proximidad, la postura... Supone un peso importante en el significado recibido en el mensaje. El tacto (tocar el antebrazo o un apretón de manos) puede ser un buen apoyo. Del mismo modo, el silencio podrá dar más apoyo y compañía que ofrecer consuelo mediante comentarios que no resultan apropiados.^{15,17}

Cuidar detalles como la posición a la hora de comunicar, estar a su mismo nivel, que se demuestre cercanía y que exista contacto visual nos ayudará a crear una mejor relación con los pacientes y una mayor confianza.¹⁷

En el caso de una muerte intrauterina, la recomendación general es favorecer que la madre experimente el proceso de parto, ya que beneficiará una elaboración funcional del duelo. Se hará partícipe a la madre y a su pareja de las decisiones acerca de la inducción y el plan de parto, acompañamiento, postura de parto o analgesia, ya que esto contribuye a un mejor desarrollo del duelo. Se respetarán las decisiones de la pareja, evitando la sedación de la mujer, ya que está contraindicada por interferir en la elaboración del duelo porque da una sensación de irrealidad a lo sucedido.^{8,14}

Durante el parto, el expulsivo y los pujos son especialmente duros, porque la mujer puede tener la sensación de que está llegando al final y está anticipando el fallecimiento de su hijo.¹⁸

Una vez producido el alumbramiento del bebé, se le preguntará a la pareja si desea ver al bebé. Si es así, se permitirá hacer contacto piel con piel dando el tiempo necesario para su despedida.^{2,14,18}

La atención a la muerte perinatal y neonatal siempre ha sido un tema que se ha dado por «olvidado» dentro de los espacios de la maternidad. En España existen ejemplos de maternidades nuevas, construidas e inauguradas hace pocos años, donde se sigue ignorando esa necesidad. En hospitales más avanzados ya se habla de *circuitos de duelo* dentro de la planta de maternidad. Es decir, no mezclar padres que han tenido un bebé sano con padres que acaban de perder a su bebé y asignar un espacio concreto para el duelo.¹⁹

Uno de los aspectos más importantes para proporcionar una atención adecuada a la hora de afrontar los primeros momentos tras una muerte perinatal es garantizar a los padres de un espacio acomodado para despedirse y vivir estos momentos tan difíciles, un espacio que garantice intimidad y tranquilidad y que evite, en la medida de lo posible, las interrupciones.¹⁹

El diseño de este espacio ayuda a velar por la intimidad del bebé, la de sus padres y su familia (insonorización); a respetar la relación bebé-familia antes que la relación paciente-hospital; y dar la libertad a la familia para ejercer sus ritos culturales o religiosos.¹⁹

La caja de recuerdos es un objeto que pueden crear los profesionales para que los padres y familiares puedan incluir diferentes objetos significativos para recordar al bebé, de manera que podrán acceder a estos recuerdos más fácilmente cuando les sea necesario. Dentro de esta caja podemos encontrar:^{13,19}

- Tarjeta para anotar: nombre y apellidos, fecha, peso y huella plantar. La tarjeta contendrá una frase.
- Poner la pulsera de identificación a la madre y meter en la caja la del niño.
- Elementos opcionales: mechón de pelo, gorro, manta, camiseta del bebé.

- Un recuerdo fotográfico si los padres lo desean. Puede ser de gran ayuda sobre todo a medida que pasa el tiempo y los recuerdos se van borrando. Se puede aconsejar realizarlo de una mano o pie. Si en ese momento no se encuentran preparados, debemos recordarles que estará disponible durante un año en el hospital.

Una vez en planta, es importante que se le ofrezca a la madre una habitación individualizada que esté ubicada lo más lejos posible de los demás recién nacidos, incluso se recomienda ingresar en otra planta si es posible.^{14,13,18}

Es importante facilitar el contacto de los progenitores con el resto de sus familiares, de manera que se sientan respaldados y que tienen a sus personas importantes a su lado en este momento tan complicado.^{14,13}

Se debe valorar la necesidad de una interconsulta con el psicólogo del centro e informar de los grupos de apoyo que existen sobre el duelo perinatal.^{13,18}

Es importante informar a la familia que durante el proceso de duelo se pueden manifestar sentimientos de tristeza y conflictos maritales, por lo que se les aconseja en estas situaciones visitar a terapeutas especialistas para que los ayuden a superar su pérdida. También se les puede informar de la existencia de grupos de apoyo, libros y páginas web enfocadas a ayudar a los afectados.^{14,13,18}

El seguimiento de los padres que están sufriendo un duelo perinatal no finaliza con el alta hospitalaria, sino que debe continuar. El seguimiento es necesario no solo para favorecer su correcta elaboración, sino para poder detectar tempranamente los signos de un duelo patológico.¹⁵ Lo ideal en esta situación es que la enfermera hospitalaria se pusiera en contacto con la de atención primaria, para que esta se ponga en contacto con los afectados y pueda realizar un seguimiento de forma más cercana.¹⁵

Las emociones que genera una muerte perinatal en los familiares

Los progenitores, aunque no son los únicos, son los más afectados ante la pérdida de un hijo porque llevaban meses creando unas expectativas e imaginando una vida con esa criatura, por lo que saber que sus sueños no se

cumplirán y pensar que esa persona nunca vivirá los puede dejar en un estado de confusión.¹

A la hora de tratar con los padres deberemos tener en cuenta que la situación no le afectará de la misma manera a la madre que al padre, por lo que es importante considerar que cada uno tendrá sus propios sentimientos, por lo que en el abordaje de la situación deberemos tratar sus preocupaciones y sentimientos individualmente con cada uno de los afectados y conjuntamente como pareja.²

Este tipo de situaciones se afrontan de la manera incorrecta. Nos han enseñado que lo mejor que se puede hacer es evitar el tema y no hablar de ello, y este hecho provoca que la mujer se sienta insegura y cohibida, por lo que no quiere demostrar sus sentimientos ni hablar públicamente de ello, de manera que esto puede llegar a desencadenar que el duelo no sea afrontado de la manera correcta.²

Por lo general, a los hombres no les gusta hablar de sus sentimientos, por lo que en situaciones como esta pueden utilizar la evitación como mecanismo de defensa, de manera que si no piensan en la pérdida o no hablan de ello será mucho más fácil superarlo y seguir hacia delante.¹⁸ Será importante explicarle al padre que es necesario que le exprese a su mujer sus sentimientos y sus pensamientos, de manera que ambos sepan cómo se siente el otro y así poder afrontarlo de la mejor manera apoyándose el uno en el otro.¹

Es importante tener en cuenta que la pareja que ha sufrido la pérdida ya podría tener otro hijo. Estos, habitualmente, son considerados los dolientes olvidados, ya que, en ocasiones, se considera que al ser pequeños no entienden la situación por lo que no hay que explicarla.¹

Los hijos, normalmente, tienden a culpabilizarse, ya que, por lo normal, cuando se enteran de que va a haber un bebé en la familia sienten que serán desplazados y que ya no les harán caso, por eso tienden a tener sentimientos de rabia y envidia hacia esa criatura que todavía no ha nacido. Esto provoca que en el momento de su muerte ellos piensen que es su culpa y que todo ha sido causado por los sentimientos que ellos tenían.¹

Para estos niños será importante que se les haga partícipes de la situación que se está viviendo en su familia, que se les explique todo con un lenguaje que ellos puedan comprender con claridad y sin mentiras, de esta manera se les podrá explicar el motivo del disgusto, aclarando que ellos no van a morir como su hermanito y no lo van a abandonar. Será importante que también participen en el ritual de despedida de su hermano, ya sea mediante dibujos, flores o pequeños regalos.¹

El nacimiento de un nieto hace que el vínculo con los hijos se vea fortalecido, por eso, la pérdida de un nieto para ellos es un doble sufrimiento, ya que no solo sufren por la pérdida de un nieto, sino que también sufren por la pérdida que está viviendo su hijo en ese momento.¹

Las emociones que se generan en los profesionales ante un duelo perinatal

Los profesionales se suelen convertir en las personas de confianza y con las que los pacientes pueden desahogar sus preocupaciones, de manera que deberán aprender a cuidarse emocionalmente para que la situación no los desborde.²²

Un porcentaje significativo de los profesionales sentirán emociones semejantes a las de la mujer, y experimentarán fracaso, resentimiento y sensación de culpa. De todos los sentimientos predomina la sensación de ansiedad.²⁰

Los sentimientos anteriores hacen que el propio profesional actúe de dos maneras muy diferentes:²⁰

- Conducta de evitación: Para evitar los sentimientos de culpa y ansiedad intenta animar a la pareja con frases, en muchas ocasiones, poco indicadas o limitándose a la atención puramente técnica buscando distancia emocional.
- Conducta de sobreimplicación: Asume como propio el dolor de la madre, adopta actitudes paternalistas y de sobreprotección o sufre desolación pasando por fases similares a las de la madre.

Será necesario que el profesional aprenda a separar los problemas de los pacientes de los suyos propios, no haciéndose responsable de la búsqueda de la respuesta.⁴ Para los profesionales resultará difícil ser testigos de la muerte

perinatal, ya que este acontecimiento no solo implica enfrentar problemas técnicos, sino también emocionales. La gran mayoría no ha recibido preparación para enfrentar la muerte, lo que puede llegar a que se generen sentimientos de frustración, impotencia, tristeza...⁴

También será importante que no siempre sean los mismos profesionales los que atienden a las madres y padres que sufren este tipo de pérdidas. Esto será doblemente beneficioso, ya que así todo el personal podrá ganar experiencia y también ayudará a mejorar la atención y las capacidades de los profesionales.²¹

Es importante que entre compañeros se cree un grupo de apoyo, como un blog sobre pérdidas perinatales, de manera que si a alguno le supone un problema personal atender este tipo de pérdidas pueda hablar con franqueza con sus compañeros y buscar una solución.²¹

Trabajar en equipo permitirá que los profesionales tengan tiempo para relajarse entre el parto de un bebé muerto y el de un bebé vivo. También ayudará a mejorar el desgaste emocional que pueda suponer al equipo.²²

Conclusiones

Antiguamente, los profesionales, ante una muerte perinatal, no ofrecían los cuidados que hoy en día son considerados adecuados. Separaban al bebé de la madre al nacer sin permitir que esta pudiese despedirse de él, lo que fomentaba sentimientos de rabia y tristeza en la madre y, como consecuencia, favorecía en ocasiones un duelo patológico.

En la actualidad, existen guías y protocolos de actuación ante esta situación, y favorecen que los profesionales se sientan más seguros y preparados ante una muerte perinatal porque tienen en cuenta las emociones que una circunstancia de este tipo puede generar en el profesional implicado.

Una muerte perinatal genera diferentes emociones, tanto en los profesionales implicados como en los progenitores y familiares afectados, pero ambas partes tienen en común lo mismo: el miedo, la impotencia, la tristeza y la frustración.

Con el paso de los años, los profesionales empiezan a tener interés sobre el tema, pero la mayoría de ellos no se sienten preparados para afrontar este tipo de situación.

Una propuesta de mejora para este trabajo sería habilitar una aplicación móvil con la información adaptada tanto para profesionales como familias.

Agradecimientos

A Inma de Molina profesora y tutora de nuestro trabajo por sus consejos y recomendaciones y la información que nos ha proporcionado para la elaboración de este trabajo.

A nuestras familias, que han estado con nosotras apoyándonos incondicionalmente y confiando en nosotras cuando lo dábamos por perdido. Sin ellos no podríamos haberlo logrado.

Y por último agradecer a las personas y profesionales que nos han proporcionado información para la elaboración de nuestro trabajo.

Bibliografía

1. López García de Madinabeitia, AP. Duelo perinatal: un secreto dentro de un misterio. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2011; 31 (109), 53-70.
2. Oviedo Soto, S; Urdaneta –Carruyo, E; Parra-Falcón, M; Marquina-Volcanes, M. Duelo materno por muerte perinatal. Mexicana: Trabajo de revisión. Medigraphic. 2009 vol: 76 pp: 215-219
3. Cabodevilla I. Las pérdidas y sus duelos. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. 2007;30 (Supl. 3):163-176.
4. Ine.es, Instituto Nacional Estadística [sede Web]. Europa: Ine.es; [acceso 12 de diciembre de 2017]. Disponible en: <https://www.idescat.cat/economia/?id=d202&lang=es>

5. Isabel M. Martos-López¹, María del Mar Sánchez-Guisado², Chaxiraxi GuedesArbelo. Duelo por muerte perinatal, un duelo desautorizado. Rev Esp Comun Salud. 2016, 7(2), 300 – 309
6. Gold, KJ. Cuidados tras la muerte de un bebé: una revisión sistemática de la experiencia de los padres con los profesionales sanitarios. Umamanita. 2014 abr: 1-7.
7. Pastor Montero, SM; Romero Sánchez, JM; Hueso Montoro, C; Lillo Crespo, M; Vacas Jaén, AG; Rodríguez Tirado; MB. La vivencia de la pérdida perinatal desde la perspectiva de los profesionales de la salud. Artículo original. Scielo. 2011; 19(6).
8. Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Dependencia. Guía clínica del seguimiento del duelo [Internet]. Extremadura; 2010. [citado 13 de febrero del 2018] 42 p. Disponible en: <http://periodicoses.saludextremadura.com/upload/4783.PDF>
9. de la Horra Gutiérrez, I. La simulación clínica como herramienta de evaluación de competencias en la formación de enfermería [tesis doctoral]*. Universidad computense. Madrid; 2010.
10. Domínguez Santarén MJ. Elaboración y prueba piloto de un cuestionario para conocer la capacidad y la disposición del personal sanitario en el acompañamiento al duelo perinatal. NureInvestig [Internet]. 2013 [citado 24 febrero 2018];62. Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/TESINA/NURE62_tesina.pdf
11. Martos López, IM; Sánchez Guisado, MM; Guedes Arbelo, C. Atención a la pérdida perinatal, una asignatura pendiente para enfermería. Rev Paraninfo Digital, 2015; 22. Disponible en: <<http://www.index-f.com/para/n22/082.php>> Consultado el 18 de febrero del 2018.
12. Soto Herrero, V; Rodríguez Portilla, NE; Martínez Rojo, C; Rubio Alacid, S; Martínez Román, C. Guía Actuación y acompañamiento en la muerte Gestacional Tardía. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. 2016;12-19.

13. Cristóbal Rengel Díaz. Plan de cuidados de enfermería para la pérdida perinatal y el aborto. Artículo de revisión. Enfermería Docente 2010; 91: 37-43.
14. Olza I, Álvarez Álvarez M, Silvente C, Herrera B, Aguayo P, García Roldán A, et al. Guía Para La Atención a La Muerte Perinatal y Neonatal. Umamanita, El Parto es Nuestro. 2009.
15. Bautista, P. El duelo ante la muerte de un recién nacido. Enfermería neonatal:23-28.
16. Yáñez A. Capítulo 2.2: Cómo actuar en el hospital. En: Atención profesional a la pérdida y el duelo durante la maternidad. Servicio Extremeño de Salud. 2015; 104-107
17. Yáñez A. Capítulo 2.1: Cómo actuar en el hospital. En: Atención profesional a la pérdida y el duelo durante la maternidad. Servicio Extremeño de Salud. 2015; 89-103.
18. Hospital Gregorio Marañón de Madrid. Actuación de la matrona en muerte perinatal. 2011;6-10.
19. Yáñez A. Capítulo 2.8: Cómo actuar en el hospital. En: Atención profesional a la pérdida y el duelo durante la maternidad. Servicio Extremeño de Salud. 2015; 202-212.
20. Mejías Paneque, M^aC. Duelo perinatal: Atención psicológica en los primeros momentos. Hygia. 2012; 79:52-55
21. Pastor Montero, Sonia María; Romero Sánchez, José Manuel; Gálvez González, María; Castro, Olga Paloma; Carnicer Fuentes, Concepción; Toledano Losa, Ana Cristina. Diagnóstico y estrategias de intervención en el ámbito del cuidado de la pérdida perinatal. Rev Paraninfo Digital, 2012; 15. Consultado el 18 de febrero del 2018. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n15/032o.php>
22. Yáñez A. Capítulo 2.9: Cómo actuar en el hospital. En: Atención profesional a la pérdida y el duelo durante la maternidad. Servicio Extremeño de Salud. 2015; 213-21.

Anexo 3: Estrategias de búsqueda

Base de datos	Palabras clave	Año	Artículos encontrados	Artículos seleccionados con texto completo	Artículos incluidos en estudio en el apartado resultados
DIALNET	Duelo + perinatal + protocolo+ psicología + actuaciones + Matrona +	2007 al 2017	39	24	6
CUIDEN	Duelo + perinatal + protocolo+ psicología + actuaciones + Matrona +		98	53	4
PUBMED	Duelo + perinatal + protocolo+ psicología + actuaciones + Matrona +		11	11	
A PARTIR DE OTROS ARTÍCULOS			6	6	6

Anexo 4: Artículos seleccionados

Los artículos seleccionados se distribuyeron en tres bloques: Acompañamiento profesional ante una muerte perinatal en el hospital, Emociones que genera una muerte perinatal y por último las emociones que se generan en los profesionales, ante un duelo perinatal. En la tabla a continuación se pueden visualizar en que bloques se incluyen los diferentes artículos utilizados en nuestros resultados:

Bloque I: Acompañamiento profesional ante una muerte perinatal en el hospital				
Artículo	Autor	Año	Tipo de estudio	Conclusiones
Duelo materno por muerte perinatal	Oviedo Soto, S; Urdaneta – Carruyo, E; Parra-Falcón, M; Marquina-Volcanes, M	2009	Revisión Bibliográfica	Cada persona afronta el duelo de una manera diferente que puede ir desde la negación hasta la aceptación total. El manejo mal orientado del duelo perinatal puede derivar en enfermedad, la madre presenta un riesgo mayor durante los dos primeros años tras la pérdida, otros miembros de la familia también se pueden ver afectados. La falta de conocimientos en relación al personal de salud afecta a la manera de atender a los afectados, por lo que se debe dar más importancia a la formación que debe recibir el personal sanitario.
Atención profesional a la pérdida y el	Yáñez A	2015	Guía Clínica	El duelo es una respuesta adaptativa normal que la persona experimenta en un momento en su vida. Existen diferentes tipos

duelo durante la maternidad				de duelos; duelo crónico, patológico, inhibido, resuelto, enmascarado, complicado. En esta guía ofrece una serie de intervenciones a realizar durante el periodo perinatal como puede ser; la hora de dar la noticia, la asistencia que se debería a prestar en el parto, los cuidados que se deberían ofrecer durante su estancia hospitalaria y posterior al alta
Atención a la pérdida perinatal, una asignatura pendiente para enfermería	Martos López, IM; Sánchez Guisado, MM; Guedes Arbelo, C.	2015	Revisión Bibliográfica	Las recomendaciones que deben realizar los profesionales delante de una muerte perinatal; como é la comunicación de la, la asistencia durante el parto, la despedida del bebe fallecido y la vuelta al hogar.
Guía clínica del seguimiento del duelo	Junta de Extremadura	2010	Revisión Bibliográfica	Explica sobre las manifestaciones, fases y tipos de duelos; las actuaciones y protocolos de intervención en los diferentes colectivos de adolescentes, ancianos, y pacientes de salud mental.
Guía actuación y acompañamiento en la muerte gestacional tardía	Soto Herrero, V; Rodríguez Portilla, NE; Martínez Rojo, C; Rubio Alacid, S; Martínez Román, C	2016	Revisión Bibliográfica	En esta guía engloba las recomendaciones para los profesionales de salud sobre el tipo de intervenciones a realizar en una situación de pérdida perinatal, los aspectos legales que deben de seguir esta situación y su cuidado emocional que experimentan como profesionales ante tal suceso.

Plan de cuidado de enfermería para la pérdida perinatal y el aborto	Rengel Díaz, C	2016	Revisión Bibliográfica	La pérdida perinatal está considerada una de las situaciones más difíciles a la que algunas familias se deben enfrentar. Las manifestaciones que se presentan ante esta situación dependerán de la cultura y del cumplimiento de los ritos. Existen una serie de recomendaciones que los profesionales les pueden ofrecer a los padres en el momento del alta hospitalaria para poder ayudarlos a afrontar de la mejor manera posible esta situación.
Guía para la atención a la muerte perinatal y neonatal	Olza I, Álvarez M, Silvente C, Herrera B, Aguayo P, García Roldán A, et al.	2010	Guía clínica	Durante la estancia hospitalaria de los progenitores deberemos tener una serie de factores en cuenta a la hora de abordar la muerte perinatal como son, la comunicación verbal y no verbal, la comunicación entre profesionales, la inhibición de la lactancia materna y los espacios para el duelo. Es importante conocer los diferentes recursos que tienen los progenitores para abordar esta situación una vez hayan abandonado el hospital.
Actuación de la matrona en muerte perinatal	Hospital Gregorio Marañón	2009	Guía clínica	Está basado en una guía sobre las actuaciones y técnicas que deben de realizar las matronas del Hospital de Gregorio Marañón en el servicio de urgencias, en el parto y el puerperio de una mujer y su familia en pérdida perinatal.

El duelo ante la muerte de un recién nacido	Bautista, P	2011	Revisión Bibliográfica	La muerte de un recién nacido requiere el acompañamiento de los profesionales de la salud. La muerte perinatal y/o neonatal se tiene a infravalorar y/o a negar el proceso de duelo ligado a esta, esto puede ser debido a la falta de información, recursos y formación que reciben los profesionales, de manera que pueden llegar a mostrarse fríos y distantes. Durante el periodo de la estancia hospitalaria nos encontramos con diferentes situaciones y que cada una de ellas conlleva un abordaje completamente diferente.
Late Intrauterine Fetal Death and Stillbirth.	Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.	2010	Guía clínica	Guía que recoge las últimas recomendaciones basadas en la evidencia para la atención de mujeres que han sufrido una muerte fetal tardía. Que incorpora información sobre cuidados generales antes, durante y después del parto y en futuros embarazos.

Bloque II: Emociones que genera una muerte perinatal				
Artículo	Autor	Año	Tipo de estudio	Conclusiones

Diferencias de género en el proceso de duelo seguido a una pérdida perinatal	Jacome Jaramillo, MS	2015	Estudio Cualitativo	El duelo por una pérdida por muerte perinatal puede afectar de diferente manera a los diversos miembros de la familia, madre, padre, hijos y abuelos. Es importante que la atención no se centre únicamente en la madre si no que se realice un trabajo con todos los miembros.
Duelo perinatal: un secreto dentro de un misterio	López García de Madinabeitia, AP	2011	Revisión Bibliográfica	Desde la antigüedad se ha tratado el tema de la muerte perinatal pero siempre intentaban el desapego del bebé con la madre sin el reconocimiento del duelo perinatal. Incluso las religiones no han hecho el reconocimiento de estas pérdidas sin otorgarle la bendición divina y de la misma forma está caracterizado nuestro registro civil que sigue sin otorgar nombre y apellidos a la pérdida de estos bebés.

Bloque III: Emociones que se generan en los profesionales, ante un duelo perinatal				
Artículo	Autor	Año	Tipo de estudio	Conclusiones
Alumbrando la muerte.	Sánchez Sánchez, FC;	2017	Estudio Cualitativo	Las principales representaciones, experiencias y modelos de afrontamiento que desarrollan los profesionales sanitarios

Profesionales de la vida gestionando el duelo	Echevarría Pérez, P			implicados en la atención al duelo perinatal. Se utilizó un enfoque cualitativo y fenomenológico realizando una serie de entrevistas semiestructuradas a profesionales de distintas categorías de las áreas obstétricas de tres hospitales públicos de la región de Murcia. Los relatos hablan de profesionales entrenados para la vida que han de enfrentarse a la muerte, de una falta de formación institucional ante la que los profesionales reaccionan recurriendo a la experiencia, la empatía o la formación autodidacta. Hablan de situaciones dolorosas que son vividas con tintes de tragedia, de cuidados dirigidos a la gestión psicológica del duelo, del tránsito desde modelos asistenciales de afrontamiento de los duelos basados en la evitación y el distanciamiento emocional hacia otros centrados en la verbalización de la experiencia y el contacto con el mortinato.
Atención psicológica en los primeros momentos	Mejias Paneque, M ^a C	2012	Revisión Bibliográfica	Los avances en obstetricia y ginecología han logrado disminuir las muertes perinatales, pero aún se siguen sucediendo, una muerte perinatal se trata de un hecho que marcará la vida de la mujer y de su pareja durante toda su vida e incluso determinará la vivencia de su embarazo en futuras gestaciones.

				La experiencia demuestra que unas adecuadas herramientas de formación para el profesional sanitario pueden ayudar en la elaboración del duelo perinatal en las familias.
Diagnóstico y estrategia de intervención en el ámbito del cuidado de la pérdida perinatal	Pastor Montero, SM; Romero Sánchez, JM; Gálvez González, M; Castro, OP; Carnicer Fuentes, C; Toledano Losa, AC	2012	Estudio Cualitativo	La pérdida perinatal es un tema tabú a nivel profesional por lo que es necesario que los distintos profesionales reflexionen sobre la practica asistencial que desean abordar. Para ello se utilizó técnica DAFO es una herramienta que permite a los profesionales reflexionar sobre los condicionantes internos y externos que intervienen en su práctica profesional ante las pérdidas perinatales.
Papel de la matrona en el manejo del duelo perinatal y neonatal	González Castroagudín, S; Suárez López, I; Polanco Teijo, F; Ledo Marra, M ^a	2013	Revisión Bibliográfica	El duelo ante una pérdida perinatal es una respuesta afectiva normal que incluye síntomas como tristeza, irritabilidad, ... Es importante que el personal sanitario que atiende un proceso de duelo tenga los conocimientos adecuados de manera que pueda darles una asistencia óptima y de calidad a los padres afectados.

	J; Rodríguez Vidal, E			Existe una falta de preparación de los profesionales en relación a este ámbito.
--	--------------------------	--	--	---

Anexo 5: Tríptico



Que es el duelo perinatal?

El **proceso de duelo** es una respuesta adaptativa, que se produce como consecuencia de la pérdida de una persona asociándose a síntomas físicos y emocionales. Es una respuesta única que la persona vive tras una pérdida; objeto, ilusión o proyecto que estará condicionado por la sociedad, la cultura, o la historia de la persona.

Emociones que experimentaréis

Tú pareja y tú experimentarás sentimientos diferentes y esta situación querréis pasar de inmediato pagina pero las recomendaciones dicen que debéis mirarlo de frente. Será importante que os ayudéis entre vosotros y que os expliquéis como os sentís, ya que, la confianza en la pareja os ayudar a afrontar mejor la situación.

*“Jamás te persigas
creyendo que ya
deberías sentirte
mejor. Tus tiempos
son tuyos.”*



Emociones que experimentaréis

Tú pareja y tu experimentaréis sentimientos diferentes y esta situación querréis pasar de inmediato pagina pero las recomendaciones dicen que debéis mirarlo de frente. Algunas manifestaciones son:

- **Físicas:** palpitaciones ,
- **Conductuales** consumo de toxicos
- **Psicologicas** ; negación , rabia

Durante el parto

- Se produzca **de forma vaginal** es lo más indicado mediante la utilización de analgesia.
- Podeis decidir si realizarlo en ese **momento o tras 24 horas** en casa si la salud lo permite.
- La matrona recomendará que visualices **al bebe** y que cojas todos **los recuerdos** posibles.

Recomendaciones

- Es recomendable que autorizes la **autopsia del bebe** , para determinar la causa de la muerte.
- La matrona te facilitará una serie de **grupos de apoyo** que han pasado por las misma situación que tú
- Los estudios demuestran que es importante que realices **la despedida de tu bebe**, te ayudara aceptar la situación.



Caja de recuerdos

En la caja puedes incluir una serie de elementos significativos en relación a tu bebe y tu embarazo ; Como són:

- Tarjeta para anotar: nombre y apellidos, fecha, peso y huella plantar.
- Poner la pulsera de identificación de la madre y meter en la caja la del niño.
- Elementos opcionales: mechón de pelo, gorro, manta, camiseta del bebé.
- Un recuerdo fotográfico si deseáis , puede ser de gran ayuda sobre todo a medida que pasa el tiempo y los recuerdos se van borrando. Se puede aconsejar realizarlo de una mano o pie y si en ese momento no se encuentran preparados recordar que estarán disponible durante un año en el hospital.

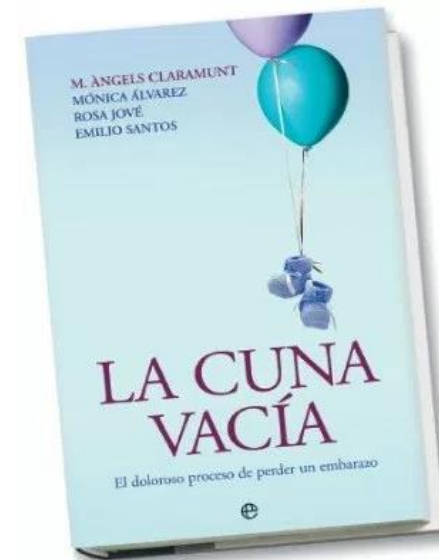


Grupos de apoyo

- Asociación Ummamita
- El parto es nuestro
- Petits amb llum
- Asociación Ayuda ante Mutua (Madrid)

Libros que pueden ayudar

SHEROKEE, Isle. Brazos Vacíos. Ed. Wintergreen Press, Estados Unidos 2005.
-CLARAMUNT, M. Àngels y colaboradores. La Cuna vacía. Ed. La esfera de los libros



Anexo 6: Documentación clínica específica

“Sistema de Identificación Madre-Hijo”.

Contiene dos pulseras identificativas para madre e hijo/a, pinza umbilical, y dos pequeñas pegatinas que se adhieren, como es habitual, en el reverso del “Partograma” y en el “Documento de identificación sanitaria materno-filial” (Documento oficial del Servicio Madrileño de Salud).



Boletín Estadístico de Parto.

A efectos de registro estadístico del Movimiento Natural de la Población. Documento oficial del Instituto Nacional de Estadística.

“Declaración y Parte de Alumbramiento de Criaturas Abortivas”.

Deben rellenarse 2 documentos de este tipo, porque lo exige Sanidad, en el caso de que la Necropsia no pueda realizarse en las primeras 24hrs.

Este impreso oficial, de *color rosa*, se emplea pues en el caso de recién nacidos muertos y recién nacidos fallecidos en las primeras 24 horas de vida extrauterina; es el equivalente al “Cuestionario para la Declaración de nacimiento en el Registro Civil”, que cumplimentamos tras el parto, de color amarillo.

Es fundamental que consten las firmas del declarante y del facultativo que asistió a la madre, su nombre y apellidos y número de colegiado.

Autorización de Necropsia.

Documento impreso con dos copias de papel autocopiativo, uno de cuyos ejemplares se adjunta a la Historia Clínica y otro para Anatomía Patológica.

Debe constar por escrito “no existe inconveniente alguno para su incineración”.

Documento de Autorización de Donación del Cadáver al Hospital.

Tarjetas Anatomía Patológica.

Rellenar 2 para el feto y otras 2 para la placenta.

El feto se identificará con una pulsera que lleve el nombre y apellidos de la madre, en el tobillo o en la muñeca (siempre que sea posible en el cuerpo del mortinato).

La Placenta se introducirá en un recipiente con formol. Debe ir correctamente identificado con nombre, apellidos y nº de historia de la madre. Se enviará por al Servicio de Anatomía Patológica en el turno de mañana de lunes a viernes, junto con las 2 tarjetas correspondientes.

Se dejará constancia en el Partograma de la correcta identificación y la relación de registros que acompañan al feto.

Se avisará a Velatorio (78232) para que acudan a recogerlo y se comunicará al servicio si se ha solicitado necropsia y donación o incineración del cadáver.

A continuación, se adjuntan modelos de los documentos citados

Estadística del Movimiento Natural de la Población

Boletín Estadístico de Parto

Nacimientos y abortos



Datos de la inscripción (A rellenar por el Encargado del Registro Civil)

Registro Civil n° Municipio de Provincia de Inscripción realizada el día del mes del año Libro (s) Tomo (s) Página (s) En caso de aborto, incorporado al legajo de abortos el día del mes del año

Los datos recogidos en el Cuestionario para la declaración de nacimiento del Registro Civil que también figuren en este boletín, serán transmitidos a los Ayuntamientos para dar de alta al recién nacido en el Padrón Municipal de Habitantes (artículo 79.2 del Reglamento de Población y Demarcación Territorial de las Entidades Locales)

Los datos de los apartados siguientes serán consignados por los padres, parientes o personas obligadas por la ley a declarar el parto, o, en su defecto, por el Encargado del Registro Civil. Señale, por favor, con una X el recuadro correspondiente. (Se ruega escribir con mayúsculas. No escriba en los espacios sombreados).

1. Datos del parto

Fecha del parto: día mes año	
Municipio donde ocurrió el parto	
Provincia	
Nº de semanas cumplidas de gestación	
Lugar del parto:	
Domicilio particular ☐ 1	
Centro sanitario ☐ 2	
Otro lugar ☐ 3	
¿El parto fué asistido por personal sanitario? (médico, comadrona, A.T.S.)	Si ☐ 1 No ☐ 2
Multiplicidad:	Sencillo ☐ 1 Doble ☐ 2 Triple ☐ 3 Cuádruple o más ☐ 4
Maturidad:	A término ☐ 1 Prematuro ☐ 2
Normalidad:	Normal ☐ 1 Distócico (con complicaciones) ☐ 2

2. Datos de la madre

Nombre	
1º Apellido	
2º Apellido	
D.N.I.	Fecha de nacimiento: día mes año
Profesión, oficio u ocupación principal*	
Nacionalidad	
Residencia**: Municipio o país si es en el extranjero	
Provincia	
Domicilio: calle/plaza/avda. etc. n.º	
escalera planta puerta	
Número de hijos que ha tenido contando este parto	
	¿Cuántos de ellos nacieron con vida?
	El hijo anterior a este parto nacido con vida, nació el día del mes del año
	¿Está casada? Si ☐ 1 No*** ☐ 2
	¿Está casada en primeras nupcias? Si ☐ 1 No ☐ 2
	Fecha del actual matrimonio día mes año

3. Datos del padre

Nombre	
1º Apellido	
2º Apellido	
D.N.I.	Fecha de nacimiento: día mes año
Profesión, oficio u ocupación principal*	
Nacionalidad	
Residencia**: Municipio o país si es en el extranjero	
Provincia	
Domicilio: calle/plaza/avda. etc. n.º	
escalera planta puerta	

* Si es jubilado/a, retirado/a o pensionista, indíquese la profesión ejercida anteriormente.

** Si es residente en España, se indicará el municipio en el que figura empadronado/a o, de no conocerse éste, el de la última residencia. Si es residente en el extranjero, se indicará únicamente el país de residencia.

*** Si la respuesta a esta pregunta es NO, pasar al apartado 3 (Datos del padre).

4. Datos del nacimiento o del aborto (Se rellena un apartado por cada nacido vivo o muerto)

1. Datos del primer nacido

Nombre	
1 ^{er} Apellido	
2 ^o Apellido	
Sexo	Varón ☐ 1 Mujer ☐ 6
Nació	Vivo ☐ 1 Muerto ☐ 2
Vivió más de 24 horas	Si ☐ 1 No ☐ 2
Peso en gramos	

Si nació muerto o vivió menos de 24 horas, indique la causa fundamental del aborto o de la muerte
(Se ruega escribir con mayúsculas)

Causa materna o del parto

Causa del feto o del recién nacido

2. Datos del segundo nacido (en caso de parto múltiple)

Nombre	
1 ^{er} Apellido	
2 ^o Apellido	
Sexo	Varón ☐ 1 Mujer ☐ 6
Nació	Vivo ☐ 1 Muerto ☐ 2
Vivió más de 24 horas	Si ☐ 1 No ☐ 2
Peso en gramos	

Si nació muerto o vivió menos de 24 horas, indique la causa fundamental del aborto o de la muerte
(Se ruega escribir con mayúsculas)

Causa materna o del parto

Causa del feto o del recién nacido

3. Datos del tercer nacido (en caso de parto múltiple)

Nombre	
1 ^{er} Apellido	
2 ^o Apellido	
Sexo	Varón ☐ 1 Mujer ☐ 6
Nació	Vivo ☐ 1 Muerto ☐ 2
Vivió más de 24 horas	Si ☐ 1 No ☐ 2
Peso en gramos	

Si nació muerto o vivió menos de 24 horas, indique la causa fundamental del aborto o de la muerte
(Se ruega escribir con mayúsculas)

Causa materna o del parto

Causa del feto o del recién nacido

Sello del Registro Civil

Firma del declarante*

Firma del médico**

Médico colegiado con el n°

* Indíquese debajo de la firma, el parentesco con los nacidos

** Cuando se trate de un nacido muerto o fallecido antes de las 24 horas

NOTA: Si el número de nacidos, en el parto, es superior a tres se cumplimentará un segundo boletín con los datos de inscripción y los datos del cuarto, quinto, etc.... nacido.

Naturaleza, características y finalidad

El Movimiento Natural de la Población es el recuento de los nacimientos, matrimonios y defunciones que se producen en el territorio español en un año determinado.

Legislación

Los Encargados del Registro Civil remitirán al Instituto Nacional de Estadística, a través de sus Delegaciones, los boletines de nacimientos, abortos, matrimonios, defunciones u otros hechos inscribibles (art. 20 del Reglamento de la Ley del Registro Civil).

Secreto Estadístico

Serán objeto de protección y quedarán amparados por el **secreto estadístico** los datos personales que obtengan los servicios estadísticos, tanto directamente de los informantes como a través de fuentes administrativas (art. 13.1 de la Ley de la Función Estadística Pública de 9 de mayo de 1989 (LFEP)). Todo el personal estadístico tendrá la obligación de preservar el secreto estadístico (art. 17.1 de la LFEP).

Obligación de facilitar los datos

La Ley 4/1990 establece la **obligación de facilitar los datos** que se soliciten para la elaboración de esta Estadística.

Los servicios estadísticos podrán solicitar datos de todas las personas físicas y jurídicas nacionales y extranjeras, residentes en España (artículo 10.1 de la LFEP).

Todas las personas físicas y jurídicas que suministren datos, tanto si su colaboración es obligatoria como voluntaria, **deben contestar de forma veraz, exacta, completa y dentro del plazo** a las preguntas ordenadas en la debida forma por parte de los servicios estadísticos (art. 10.2 de la LFEP).

El incumplimiento de las obligaciones establecidas en esta Ley, en relación con las estadísticas para fines estatales, **será sancionado** de acuerdo con lo dispuesto en las normas contenidas en el presente Título (art. 48.1 de la LFEP).

N.º 0000486 /03

Declaración y parte de alumbramiento de criaturas abortivas

Datos del feto:

Día en que se produjo el alumbramiento, mes, año
Hora del alumbramiento Lugar del alumbramiento
..... y de su muerte
¿Murió antes del parto? ¿En el parto? ¿Después?
En este último caso dígame fecha y hora de la muerte
Tiempo aproximado de vida fetal
Sexo

Datos de la madre:

Apellidos
Nombre
Edad Hija de y de
Domicilio
Los anteriores datos se conocen

Datos del declarante:

Apellidos
Nombre Hijo de y de
Estado Profesión
Natural de con domicilio en
D.N.I. Relación con la madre

En a de de
(Firmas del declarante y del facultativo que asistió a la madre. En la antefirma de éste
póngase el nombre y apellidos y número de colegialización)

El Encargado del Registro Civil de
a la vista de la declaración y parte recibido, acuerda levantar la presente acta, expedir la licencia de
inhumación y archivar esta documentación en el legajo de abortos, al que se incorpora con el
número

En a de de
(Firma del Encargado)



Hospital General Universitario
Gregorio Marañón

Comunidad de Madrid

SERVICIO DE PARITORIO

D/D^a _____, con DNI nº _____,
en calidad de padre/madre del hijo de D^a _____,
nacido el día _____ de _____ de 200_ a las _____ horas:

AUTORIZO LA DONACIÓN DEL CADÁVER AL HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN.

Fdo

Testigo

Madrid, a _____ de _____ de 200_



**Hospital General Universitario
Gregorio Marañón**

SaludMadrid Anatomía Patológica

N.º H.C. Y NOMBRE:

A RELLENAR POR A. PATOLÓGICA

N.º

CÓDIGO A. P.

FECHA N.º CAMA N.º QUIRÓFANO

SERVICIO TELÉFONO

MÉDICO REMITENTE

MATERIAL REMITIDO Y LOCALIZACIÓN

JUICIO DIAGNÓSTICO

OBSERVACIONES: TÉCNICA QUIRÚRGICA

BIOPSIA PREVIA
CÓDIGO SERVICIO REMITENTE

CITOLOGÍA PREVIA
SERVICIO DESTINO

DIAGNÓSTICO A.P.:

OTROS DATOS CLÍNICOS DE INTERÉS:

SERVICIO ANATOMÍA PATOLÓGICA:

DIAGNÓSTICO INTRAOPERATORIO:

MÉDICOS:

MACROSCOPIA

MÉDICOS:

TÉCNICO:

SECRETARIO:

Anexo 7: Recursos para los padres y familiares

Grupos de apoyo

Programa “brazos vacíos”: Acompañamiento y seguimiento para padres y madres afectados por la pérdida perinatal y durante el siguiente embarazo. Centro de Salud Mental “Gasteiz- Centro”, de Vitoria.

Páginas web y foros

En castellano:

- <http://www.umamanita.es>
- <http://www.petitsambllum.org>
- http://www.elpartoesnuestro.es/index.php?option=com_content&task=view&id=295&Itemid=120 (Sección “Siempre en el Corazón”, El Parto Es Nuestro)
- <http://superandounaborto.foroactivo.com>
- <http://www.vivirlaperdida.com>
- <http://www.noticiasdegipuzkoa.com/ediciones/2007/04/04/sociedad/gipuzkoa>
- <http://www.amad.es> (Asociación de Mutua Ayuda ante el Duelo), Madrid.
- <http://www.duelo.org> (Panamá)
- <http://www.missfoundation.org/spanish/index.html>

En inglés:

- <http://www.uk-sands.org> (Stillbirth and Neonatal Death Society)
- <http://www.aplacetoremember.com>
- <http://www.alfinlibros.com> (Librería virtual especializada el duelo)

Libros

- CARMELO, Anji. Déjame llorar & De la oruga a la mariposa. Ed. Taranná 2007.
- SHEROKEE, Isle. Brazos Vacíos. Ed. Wintergreen Press, Estados Unidos 2005.
- CLARAMUNT, M. Ángeles y colaboradores. La Cuna vacía. Ed. La esfera de los libros, España 2009.
- Revista Tanato's, Sociedad Española e Internacional de Tanatología (S.E.I.T.)
- DODGE, Nancy C. El cuento de Thumpy. Ed. Share Pregnancy & Infant Loss, 1986
- KIRK, Paul & SCHWIEBERT Pat. Cuando Hola significa Adios. Ed. Perinatal Loss, Portland, Ore 1985.
- SAVAGE, Judith. Duelo por las vidas no vividas. Ed. Luciérnaga, 1992.