

**Aida Fernández Navas  
Emma Forcadell Porqueras**

**“NO HAY LATIDO”  
EL PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA MUERTE FETAL TARDÍA**

**TRABAJO DE FIN DE GRADO**

**Dirigido por: Sra. Inés Sombrero Torres**

**Enfermería**



**UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI**

**Facultad de enfermería**

**TARRAGONA 2023**

*"El duelo gestacional es parir la  
muerte cuando esperabas la vida.  
Es dar luz a tu hijo en silencio,  
cuando deberías oír su primer grito"*

*Alexandra Ide4*

## **Agradecimientos**

Para empezar, queremos agradecer a nuestra tutora, Inés Sombrero, por guiarnos durante estos meses y ayudarnos a que este trabajo siguiera adelante de la mejor manera posible. Es un placer haber seguido los consejos de una profesional que ha encajado tanto y tan bien con el tema de nuestro trabajo.

En segundo lugar, creemos necesario agradecer a las personas que nos han acompañado en el proceso de nuestro aprendizaje durante estos cuatro años; tanto profesores, como enfermeros referentes han estado claves para enseñarnos a razonar y a saber cuál es el camino que nosotras queremos seguir. También queremos agradecer a todos los tutores de prácticas y resto de profesionales de enfermería por proporcionarnos orientación, conocimientos y críticas constructivas durante el proceso de elaboración de este proyecto. Y no nos vamos a olvidar de nuestros compañeros de clase, aquellos que han vivido esta aventura con nosotros y con los que hemos compartido todos los momentos que nos han hecho crecer y llegar a donde estamos ahora.

Por último, pero no por eso menos importante, queremos agradecer el apoyo que hemos recibido de nuestras familias y de nuestras amistades, les damos las gracias por entender, apreciar y querer nuestra profesión de la misma manera que hemos aprendido a hacerlo nosotras, por estar ahí en cada momento bueno y también en los malos, y por supuesto por habernos dado fuerza, aliento y demostrado su orgullo. Su apoyo incondicional ha sido un pilar fundamental en este viaje.

A todos, gracias.

## Resumen

**Introducción:** La muerte fetal tardía se define como "la muerte acaecida a las 28 semanas de gestación o después, antes de la expulsión completa o extracción del cuerpo de la madre, del producto de la concepción, cualquiera que haya sido la duración de la gestación. La muerte se señala por el hecho de que el feto no respira o ni muestra cualquier otro signo de vida, tal como el latido cardiaco, la pulsación del cordón umbilical o el movimiento efectivo de músculos voluntarios" y puede ser causada por diversas razones. A pesar de ser una pérdida relativamente frecuente, sigue siendo un tema tabú en la sociedad. Las enfermeras se enfrentan al desafío de brindar apoyo emocional a las familias afectadas y al mismo tiempo deben ser capaces de manejar su propio dolor y duelo sin una formación o apoyo especializado.

**Objetivo:** El objetivo de esta investigación es analizar y conocer el acompañamiento y las intervenciones de enfermería hacia las gestantes que sufren muerte fetal tardía.

**Metodología:** En el siguiente trabajo se ha optado por un estudio de revisión bibliográfica sistemática en bases de datos relevantes del campo sanitario.

**Resultados:** Dentro de los 15 artículos seleccionados para la realización de este estudio, cabe destacar que aún no se ha establecido una guía clínica para abordar la atención de enfermería en la situación de muerte fetal tardía ni se ofrecen formaciones específicas. Esto provoca inseguridad en las enfermeras, ya que se sienten incapaces de brindar una atención completamente adecuada a los progenitores y familiares que sufren una muerte fetal tardía.

**Conclusión:** Los artículos revisados abordan diferentes aspectos relacionados con la experiencia de la muerte fetal y la atención sanitaria que se brinda a las familias en estas situaciones. Se destaca la importancia de la comunicación y el apoyo emocional por parte del personal de enfermería, así como la necesidad de una preparación adecuada en el manejo de la muerte y el duelo. La normalización de la pérdida fetal es clave para ayudar a las familias a superar su pérdida. Es importante que el personal sanitario reciba

una formación adecuada y se brinde un entorno confortable y humanizado para las familias que han sufrido la pérdida de su bebé.

**Palabras clave:** Muerte fetal tardía, Muerte perinatal, Enfermería, Atención de enfermería, Duelo perinatal.

## **Abstract**

**Introduction:** Late fetal death is defined as "death occurring at 28 weeks of gestation or later, before the complete expulsion or extraction of the conception product from the mother's body, regardless of the duration of gestation. Death is indicated by the fact that the fetus is not breathing or showing any other signs of life, such as a heartbeat, pulsation of the umbilical cord, or effective movement of voluntary muscles" and can be caused by various reasons. Despite being a relatively common loss, it remains a taboo topic in society. Nurses face the challenge of providing emotional support to affected families while also being able to manage their own grief and pain without specialized training or support.

**Objective:** The objective of this research is to analyze and understand the nursing support and interventions towards pregnant women who suffer late fetal death.

**Methodology:** This study opted for a systematic literature review in relevant databases in the healthcare field.

**Results:** Within the 15 selected articles for this study, it is worth noting that there is still no established clinical guideline for addressing nursing care in the situation of late fetal death, nor are there specific training programs offered. This causes insecurity in nurses as they feel unable to provide completely adequate care to parents and family members who experience late fetal death.

**Conclusion:** The revised articles address different aspects relating to the experience of fetal death and health care given to families in these situations. It highlights the importance of communication and support from nursing staff, as well as the need for adequate preparation in handling death and grief. The normalization of fetal loss is key to helping families overcome their loss. It is important that the health workforce is properly trained and that a comfortable and humane environment is provided for families who have suffered the loss of their baby.

**Keywords:** Late fetal death, Perinatal death, Nursing, Nursing care, Perinatal grief.

## Índice

1. Introducción.....	9
2. Objetivos.....	11
2.1. Objetivo general.....	11
2.2. Objetivos específicos.....	11
3. Marco teórico.....	12
3.1. Definición .....	12
3.1.1. Causas y factores de riesgo .....	12
3.1.2. Manifestaciones clínicas .....	14
3.1.3. Diagnóstico y pruebas complementarias .....	14
3.2. Epidemiología .....	15
3.3. Marco legal .....	16
3.4. Duelo.....	17
3.4.1. Fases del duelo.....	17
3.4.2. Duelo de las gestantes y familiares.....	18
3.4.3. Duelo de las enfermeras.....	19
3.5. Papel de enfermería .....	19
3.5.1. Actuaciones de enfermería.....	20
3.5.2. Manejo obstétrico.....	20
3.5.3. Formación de profesionales .....	21
4. Metodología.....	22
4.1. Tipo de diseño .....	22
4.2. Muestra de estudio .....	22
4.2.1. Criterios de inclusión y exclusión .....	22
4.3. Instrumentos .....	22
4.4. Procedimiento .....	25
4.5. Limitaciones .....	26
5. Resultados.....	27
6. Discusión .....	37
6.1. Impacto emocional en los padres ante la muerte fetal tardía.....	37
6.2. Experiencias vividas por el personal de enfermería .....	38
6.3. La realidad de la atención al duelo por muerte fetal tardía: intervenciones de enfermería.....	39
6.4. Apoyo emocional y estrategias de afrontamiento para profesionales.....	40

7. Conclusiones.....	44
8. Referencias bibliográficas.....	45
9. Anexos.....	50
Anexo 1: Frases para usar y frases para evitar en el proceso de atenci3n del duelo por muerte fetal.....	50
Anexo 2: Cajas de recuerdo de Umamanita para el uso en hospitales tras una muerte perinatal.....	51

## Índice de tablas

Tabla 1: Factores de riesgo y causas de muerte fetal. Fuente: elaboración propia a partir de Libro Blanco de la muerte súbita infantil y Guía de asistencia en la muerte perinatal. ....	13
Tabla 2: Frases para usar y para evitar en el duelo por muerte fetal. Fuente: Paloma, Martínez-Serrano, 2020; Umamanita y el Parto es Nuestro, 2009 .....	50

## Índice de ilustraciones

Ilustración 1: Tasa de Mortalidad Fetal tardía Nacional. Fuente: ( <a href="https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1696#!tabs-grafico">https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1696#!tabs-grafico</a> ).....	15
Ilustración 2: Indicadores de Mortalidad Infantil según Comunidades Autónomas 2021. Fuente: ( <a href="https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1696#!tabs-grafico">https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1696#!tabs-grafico</a> ) .....	16

## 1. Introducció

La muerte fetal tardía representa un desafío significativo para los profesionales en su práctica diaria, así como un evento triste y doloroso para las mujeres y sus familias que sufren esta pérdida. Se define como "la muerte acaecida a las 28 semanas de gestación o después, antes de la expulsión completa o extracción del cuerpo de la madre, del producto de la concepción, cualquiera que haya sido la duración de la gestación. La muerte se señala por el hecho de que el feto no respira o ni muestra cualquier otro signo de vida, tal como el latido cardíaco, la pulsación del cordón umbilical o el movimiento efectivo de músculos voluntarios" y puede ser resultado de una variedad de causas como por ejemplo problemas genéticos, infecciones o problemas placentarios. (1)

La muerte fetal tardía es un tema de gran relevancia que, lamentablemente, sigue siendo objeto de estigmatización y silencio en nuestra sociedad debido a su consideración como tabú, lo que provoca una gran falta de información. Se trata de una situación relativamente frecuente en España, con registros de 691 muertes fetales tardías en el año 2022 y una tasa de 2,82 defunciones por cada mil nacidos en Cataluña. (5)

Estas pérdidas tienen un impacto significativo en la salud mental y emocional tanto de los padres como de los profesionales que los atienden, y pueden desencadenar duelos que, si no se gestionan adecuadamente, pueden derivar en duelos patológicos debido a la falta de formación y apoyo especializado.

En lo que respecta a las enfermeras, se les presenta el desafío de enfrentar el duelo desde dos perspectivas de manera simultánea. Por una parte, deben ofrecer apoyo emocional, psicológico y físico a las familias que están sufriendo la pérdida fetal tardía, siendo una persona de referencia a la que pueden acudir para hablar o plantear preguntas durante todo el proceso y a su vez, deben ser capaces de gestionar su propio dolor y duelo al ser testigos y estar plenamente involucradas en la experiencia de pérdida.

Por estas y otras razones que se tratan en el presente trabajo, se ha elegido como tema de investigación para este trabajo de fin de grado el papel de la enfermería en la muerte fetal tardía. A pesar de ser un tema relevante, sigue recibiendo poca atención tanto en el ámbito sanitario como en la literatura, por lo que consideramos esencial plantear la siguiente pregunta: ¿Cómo se lleva a cabo el acompañamiento y las intervenciones de enfermería hacia las gestantes que sufren una muerte fetal tardía?

## **2. Objetivos**

### **2.1. Objetivo general**

Analizar y conocer el acompañamiento y las intervenciones de enfermería hacia las gestantes que sufren muerte fetal tardía.

### **2.2. Objetivos específicos**

- Visibilizar la realidad de la muerte fetal tardía.
- Identificar el rol de enfermería ante el duelo y la muerte fetal tardía.
- Detallar las estrategias de afrontamiento del duelo ante la muerte fetal tardía.
- Conocer la formación de las enfermeras ante la muerte fetal tardía.

### **3. Marco teórico**

#### **3.1. Definición**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la muerte fetal tardía como "la muerte acaecida a las 28 semanas de gestación o después, antes de la expulsión completa o extracción del cuerpo de la madre, del producto de la concepción, cualquiera que haya sido la duración de la gestación. La muerte se señala por el hecho de que el feto no respira o ni muestra cualquier otro signo de vida, tal como el latido cardíaco, la pulsación del cordón umbilical o el movimiento efectivo de músculos voluntarios". (1)

Tanto la OMS como la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), establecen la edad gestacional de muerte fetal tardía en 28 semanas. Este punto de inflexión se instaura con el fin de poder realizar comparaciones internacionales, puesto que en otros países, no hay una exigencia de registro de muertes fetales de menor edad gestacional. (2)

##### **3.1.1. Causas y factores de riesgo**

Es imprescindible saber el origen de la muerte fetal. En ciertas ocasiones no se va a conocer dicha causa, pero más de un factor de riesgo puede contribuir a la muerte.

La Relevant Condition at Death (ReCoDe), recoge la clasificación más aceptada de las principales causas de muerte fetal intrauterina. Estas están divididas según el agente causante de esta muerte.(1) Las causas fetales representan un 25-40%, las causas de origen placentario un 25-35%, las causas maternas un 5-10%, mientras que las de origen desconocido representan otro 25-35%. (4) Por otro lado, SEGO reúne los factores de riesgo más relacionados con dichas muertes en países con altos niveles de ingresos, como por ejemplo el tabaco el cual se estima que es el causante de un 11% de las muertes fetales tardías.(2,3)

Los principales factores de riesgo de pérdida gestacional según SEGO, así como las principales causas según ReCoDe están reflejados en la Tabla 1.

Factores de riesgo (SEGO)	Causas de muerte fetal (ReCoDe)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Muerte fetal previa</li> <li>- Crecimiento intrauterino restringido</li> <li>- Parto pretérmino espontáneo previo</li> <li>- Obesidad</li> <li>- Edad materna &gt;35 años</li> <li>- Drogas y tabaco</li> <li>- Gestación gemelar</li> <li>- Bajo nivel socioeconómico</li> </ul>	Fetal	Anomalía congénita letal; Infección; Hidrops de causa no inmunológica; Isoinmunización; Hemorragia feto-materna; Transfusión de feto a feto; Retraso de crecimiento intrauterino.
	Cordón umbilical	Prolapso; Nudo; Inserción velamentosa; Otras.
	Placenta	Abruptio; Placenta previa; Vasa previa; Insuficiencia placentaria; Otras.
	Líquido amniótico	Corioamnionitis; Oligohidramnios; Polihidramnios; Otros.
	Útero	Ruptura; Anomalías uterinas; Otros
	Materna	Diabetes; Enfermedad de la glándula tiroides; Hipertensión primaria; Lupus o síndrome antifosfolípídico; Colestasis; Uso indebido de drogas; Otras.
	Intraparto	Asfixia; Traumatismo de parto.
	Trauma	Externo; Iatrogénico.
	No clasificable	No existe una condición identificada.

Tabla 1: Factores de riesgo y causas de muerte fetal. Fuente: elaboración propia a partir de Libro Blanco de la muerte súbita infantil y Guía de asistencia en la muerte perinatal.

### **3.1.2. Manifestaciones clínicas**

Las manifestaciones clínicas principales asociadas con la pérdida del embarazo son el sangrado vaginal y el dolor abdominal. Ocasionalmente, el sangrado vaginal puede ir acompañado de dolor en forma de calambres, de intensidad media a severa que puede ser constante o intermitente. Además, las mujeres también pueden notar una pérdida o reducción de los síntomas de embarazo, como la disminución de la sensibilidad de los pechos y/o náuseas y vómitos. (12)

En muchas pacientes, el único antecedente obtenido es la ausencia reciente de movimiento fetal. Una incapacidad para detectar los latidos cardíofetales durante el examen físico sugiere muerte fetal. Sin embargo, esto no es concluyente, por lo que se debe confirmar mediante otras pruebas complementarias. (13)

Alternativamente, algunas mujeres son asintomáticas, y la muerte fetal ocurre sin signos ni síntomas, por lo que se descubre por casualidad o en una ecografía de rutina. (12)

### **3.1.3. Diagnóstico y pruebas complementarias**

El momento de diagnosticar la muerte fetal va a depender de la propia mujer y de si presenta signos y síntomas descritos en el anterior punto. Los momentos claves para un diagnóstico de pérdida de embarazo se producen entre las 11 y 13 semanas de gestación, a través de la ecografía del primer trimestre y cribado cromosómico; y de las 17 a las 20 semanas de gestación, a través de amniocentesis y de la ecografía del segundo trimestre.

Además, en 2011 se incorporó una nueva tecnología llamada test prenatal no invasivo (NIPT, por sus siglas en inglés), que consiste en el análisis de fragmentos de ADN fetal presentes en el plasma materno, y se realiza a partir de la décima SG. El análisis de estas células permite detectar una trisomía en el feto.

Cuando una mujer acude a urgencias por sangrado vaginal y/o dolor abdominal, se las evalúa para determinar la posible pérdida del embarazo, realizando una prueba de embarazo, un examen físico, un ultrasonido, y analíticas de sangre. Lo que confirma el diagnóstico es la ausencia de latido fetal, escuchado mediante ultrasonido. (12)

### 3.2. Epidemiología

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), en el año 2021 en España se registraron 965 muertes fetales. Analizando este valor extraemos un número total de muertes fetales tardías de 691, excluyendo las que se produjeron antes de las 28 semanas y las que no constaba la edad gestacional. En cuanto al tipo de parto, realizando las mismas exclusiones nombradas anteriormente, se obtuvo que 552 fueron por parto vaginal, mientras que los otros 139 fueron por cesárea. (5)

A nivel nacional, podemos afirmar que la tasa de mortalidad fetal tardía ha descendido significativamente. Los primeros registros en 1975 la situaban en 11,21 defunciones por mil nacidos, hasta los últimos datos de 2021, donde la mortalidad fetal tardía se coloca en 2,83 defunciones por mil nacidos. Este valor es el más bajo de muerte fetal tardía por el momento aún y observándose una cierta estabilización de las cifras desde hace 20 años.

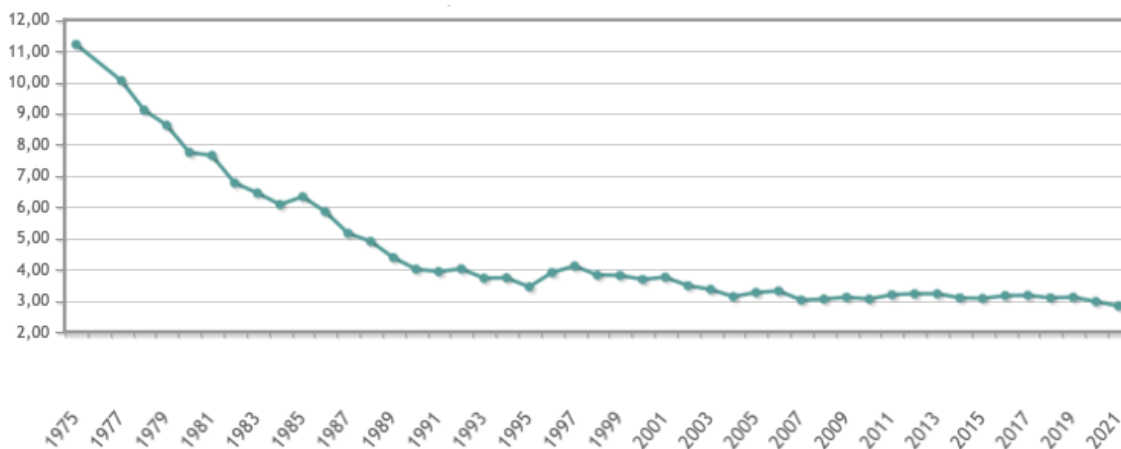


Ilustración 1: Tasa de Mortalidad Fetal tardía Nacional.  
Fuente:(<https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1696#!tabs-grafico>)

Analizando por Comunidades Autónomas, la mayor tasa de casos se registraron en La Rioja y Melilla, mientras que el valor más bajo se registró en la Comunidad de Madrid. En Cataluña, el año 2021, la tasa de mortalidad fetal tardía se situó en 2,82, cifra ligeramente inferior a la nacional. (6)

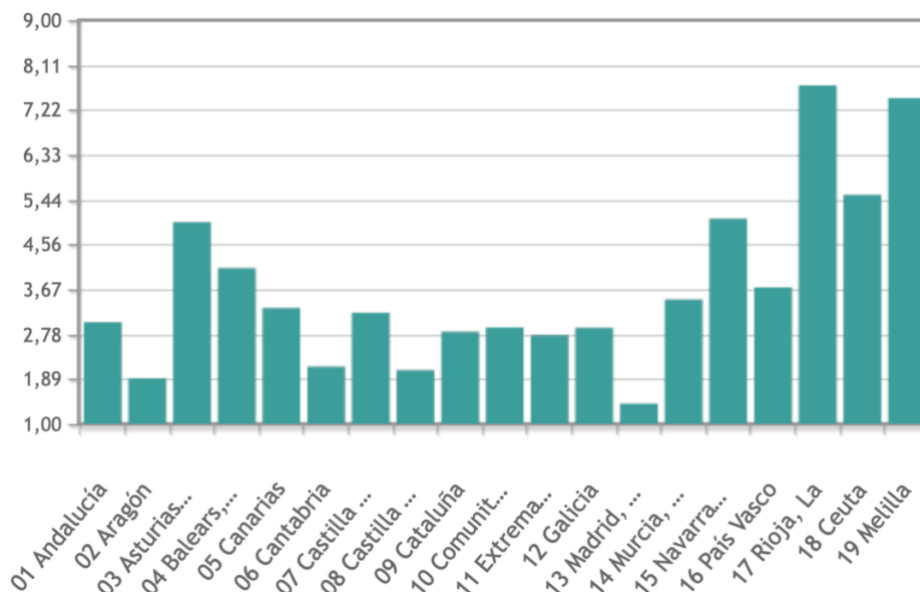


Ilustración 2: Indicadores de Mortalidad Infantil según Comunidades Autónomas 2021. Fuente: (<https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1696#!tabs-grafico>)

### 3.3. Marco legal

Según el artículo 29 del Código Civil Español:

*“El nacimiento determina la personalidad; pero el concebido se tiene por nacido para todos los efectos que le sean favorables siempre que nazca con las condiciones que expresa el artículo siguiente.”*

Según el artículo 30 del Código Civil Español:

*“Para los efectos civiles sólo se reputará nacido el feto que tuviere figura humana y viviere veinticuatro horas enteramente desprendido del seno materno.” (16)*

Cuando se produce una muerte fetal, ese niño/a no tiene derecho a figurar en el libro de familia a causa de los dos anteriores artículos, que afirman que el nacimiento con vida determina la personalidad civil.

En el 2011 se aprobó un cambio en el Código Civil que permite anotar con nombre un bebé nacido sin vida de más de 180 días de gestación y/o más de 500g de peso en el “legajo de abortos”:

*“Disposición adicional cuarta. Constancia en el Registro Civil de los fallecimientos con posterioridad a los seis meses de gestación. Figurarán en un archivo del Registro Civil, sin efectos jurídicos, los fallecimientos que se produzcan con posterioridad a los seis meses de gestación y no cumplieran las condiciones previstas en el artículo 30 del Código Civil, pudiendo los progenitores otorgar un nombre.”*

Al no ser una ley en vigor, hay profesionales que permiten a la familia inscribir a su bebé, de la misma forma que hay muchos que no lo permiten. Para registrar al niño/a en el Legajo de abortos se tiene que entregar la Declaración y Parte de Alumbramiento de Criaturas Abortivas. Este documento lo rellena la matrona o ginecóloga/o que atiende a la mujer. (17)

### **3.4. Duelo**

El duelo es un proceso, una respuesta natural de adaptación a una pérdida, a la rotura de un vínculo. Según la situación y las características de cada persona, este proceso puede necesitar de más o menos tiempo, y de un tipo u otro de acompañamiento; el impacto de la pérdida es distinta según cada persona y cada contexto. (14)

#### **3.4.1. Fases del duelo**

Varios autores han definido etapas o fases en el proceso del duelo como Lindemann, Engel o Neimeyer, pero en este caso nos vamos a centrar en las etapas del duelo de Kübler Ross.

Kübler Ross fue una psiquiatra pionera en la discusión del duelo y la muerte. Durante su trabajo desarrolló las actualmente conocidas cinco etapas del duelo. (7)

Las cinco etapas desarrolladas por la autora son:

- Negación: la autora la describe como la forma que tiene la naturaleza de dejar entrar únicamente lo que somos capaces de soportar. La persona es incapaz de creer lo que ha ocurrido.
- Ira: la persona suele estar enfadada consigo misma o con la gente que le rodea, por pensar que no ha hecho nada por evitar esta muerte. La autora describe la ira como una etapa necesaria del proceso curativo.
- Negociación: suele ir acompañada de culpa, la persona cree que podría haber hecho las cosas de otra manera y realiza pactos o pide deseos intentando pactar como liberarse del dolor.

- Depresión: la persona deja de estar anclada en el pasado y pasa a ser consciente del presente, aparece la sensación de vacío y la tristeza la invade a un nivel mucho más profundo.
- Aceptación: la autora comenta que suele confundirse con el sentirse bien y estar de acuerdo con lo sucedido y no es eso. En esta etapa la persona acepta la realidad de la pérdida y aprende a vivir con ella y se readapta.

### **3.4.2. Duelo de las gestantes y familiares**

La muerte fetal intrauterina es una de las situaciones más difíciles de enfrentar en la práctica obstétrica diaria. Esta condición es bien caracterizada como un duelo, que como tal, va a tener sus fases y va a tener que ser atendido por profesionales que dispongan de herramientas para prestar ayuda en cada una de ellas.

Una muerte fetal es una situación, inesperada, en la que no pueden creerse lo que les está sucediendo; el shock emocional y la negación del hecho es un mecanismo de autodefensa para protegerse del impacto ante la noticia que están recibiendo. Es muy importante que en ese momento se les de toda la información que precisen y que se les enseñe la pantalla del ecógrafo para mostrar la ausencia de latido cardíaco y de movimientos fetales, a la vez que dar tiempo de meditación y de intimidad.

La familia tenderá a buscar el "porqué" para justificar o buscar culpabilidad, bien en sí mismas o en los profesionales que las han asistido. En esos momentos hay que darles a entender que se investigará, en medida de lo posible, ese porqué que anhelan.

Una vez aceptada la noticia, las gestantes y sus familiares se suelen sentir desorientados, presentan una tristeza manifiesta y no se sienten capaces de salir de la situación en la que se encuentran. Los profesionales que atienden a la mujer tiene el deber de resolver todas las dudas que tenga acerca de lo que va a suceder a partir de ese momento; qué va a pasar, cómo se producirá el nacimiento, si podrá volver a quedarse embarazada, qué tratamiento tendrá que seguir, etc.

La aceptación es un proceso que puede tardar semanas, meses o años en producirse. En esta fase es donde entra la participación de la consulta de Medicina Psicosomática y el tratamiento psicoterápico con la pareja, la información del estudio necrópsico, la búsqueda de las posibles causas y el consejo preconcepcional de cara al futuro. (15)

### **3.4.3. Duelo de las enfermeras**

La muerte fetal es una vivencia horrible para los padres que esperan un bebé, pero también es una práctica muy difícil para las enfermeras que los acompañan durante todo el proceso, provocando un gran impacto en su salud tanto mental como emocional.

Las enfermeras deben aprender a afrontar la muerte y el dolor de los padres en esta situación. La muerte fetal tardía puede ser más difícil de gestionar, ya que suelen ser padres que están contando las semanas o días por tener a su hijo en brazos y de un momento a otro se encuentran con una muerte inesperada y silenciada por la sociedad.

Durante todo el proceso las enfermeras tienen un papel clave. Deben ser capaces de empatizar con los padres y ofrecerles todo el apoyo necesario, así como, formar parte de todos los procedimientos médicos implícitos en la muerte fetal tardía. Hay muchas situaciones que pueden resultar a las enfermeras estresantes y en las que se pueden sentir más vulnerables, como puede ser; el tener que estar presente cuando se explica la necesidad de inducción del parto o el ver a los padres sufrir durante todo el proceso de parto, expulsivo y postparto.

Por otra parte, las enfermeras deben afrontar su propio dolor y duelo cuando esta situación ocurre. Este tipo de experiencias son muy difíciles de afrontar, por lo que los propios hospitales o centros deberían proporcionarles formación de cómo actuar frente a la muerte fetal, así como un entorno seguro y de apoyo para tener la opción de expresar y hacer frente a sus propios sentimientos. (8-11)

### **3.5. Papel de enfermería**

En el contexto de muerte fetal tardía, el papel de la enfermería es muy importante para proporcionar apoyo emocional, psicológico y físico tanto a la paciente como a su familia. Es por esta razón por la que el personal que se enfrenta a estas situaciones tiene que estar preparado para saber como tratar a cada persona según lo necesite y en los momentos que lo necesiten. Las respuestas emocionales que se dan en estas ocasiones son distintas dependiendo de quien las vive, por lo que es imprescindible esforzarse para conocer a los pacientes para saber comunicarse y dar los mejores consejos.

### 3.5.1. Actuaciones de enfermería

Como bien hemos dicho, el papel de las enfermeras es fundamental para proporcionar un apoyo integral y personalizado a la paciente y su familia. Entre las acciones que se pueden llevar a cabo en esta situación se encuentran:

- Proporcionar información clara y precisa sobre lo que ha sucedido y lo que se espera que ocurra en los próximos días y semanas.
- Escuchar y validar los sentimientos y emociones de la paciente y su familia, y ofrecer apoyo emocional y psicológico en todo momento.
- Brindar cuidados físicos, como control del dolor, el sangrado y otros síntomas asociados.
- Facilitar la comunicación entre la paciente y su pareja, familiares y amigos.
- Coordinar la atención médica y la toma de decisiones con el equipo de atención médica y el obstetra.
- Ayudar a la paciente y su familia a prepararse para el parto y a tomar decisiones sobre el funeral y el duelo.
- Proporcionar información sobre los recursos y servicios de apoyo disponibles, como grupos de apoyo y terapia.

### 3.5.2. Manejo obstétrico

El manejo obstétrico de la muerte fetal tardía depende de varios factores, como la edad gestacional en la que se produce la muerte fetal y las condiciones de salud de la madre. En general, se pueden considerar los siguientes pasos:

1. Confirmación de la muerte fetal: La muerte fetal debe ser confirmada mediante ecografía. Además, se puede realizar una prueba de bienestar fetal para verificar la falta de actividad cardíaca.
2. Inducción del parto: Si la muerte fetal ocurre después de las 24 semanas de embarazo, se puede considerar la inducción del parto. El objetivo es evitar complicaciones como la infección y facilitar la recuperación emocional de la madre.
3. Vigilancia materna: La madre debe ser monitoreada para detectar signos de infección y complicaciones obstétricas.
4. Apoyo emocional: Es fundamental ofrecer un apoyo emocional y psicológico a la madre y a la familia. El personal de enfermería debe brindar información clara y

precisa sobre lo que está sucediendo y qué esperar, así como ofrecer opciones para el parto y los cuidados posteriores.

5. Planificación del cuidado posterior: Después del parto, se debe ofrecer cuidados adecuados a la madre, incluyendo control del dolor, seguimiento postnatal y asesoramiento para el duelo. La planificación del cuidado posterior debe incluir también la decisión sobre la autopsia fetal y la asesoría sobre la anticoncepción.

En resumen, el manejo obstétrico de la muerte fetal tardía implica un enfoque multidisciplinario y personalizado que involucra al obstetra, al personal de enfermería y al equipo de atención médica, y se centra en el bienestar emocional y físico de la madre y su familia.

### **3.5.3. Formación de profesionales**

La formación de profesionales de la salud en la atención a pacientes que han experimentado la muerte fetal tardía es fundamental para ofrecer una atención de calidad y respetuosa a estas personas en un momento tan difícil. Los profesionales de la salud deben recibir información sobre las causas, factores de riesgo, complicaciones y manejo de la muerte fetal tardía. Esto incluye también información sobre los cuidados físicos y emocionales que se deben ofrecer a la madre y su familia.

Es fundamental, también, que los profesionales de la salud sepan cómo comunicar la noticia de la muerte fetal a la madre y su familia de manera clara, empática y respetuosa. La formación debe incluir técnicas de comunicación efectiva y manejo del dolor emocional. Esta comunicación es vital para ser capaces de ofrecer un apoyo emocional y psicológico adecuado a la madre y su familia en el proceso de duelo. Esto incluye conocimientos sobre las etapas del duelo y la capacidad de ofrecer información y recursos para el apoyo emocional.

La atención a pacientes con muerte fetal tardía requiere la colaboración de un equipo multidisciplinario, por lo que es fundamental que los profesionales de la salud sepan trabajar en equipo y colaborar en la atención integral del paciente y su familia.

La formación de los profesionales de la salud debe ser continua y actualizada, para asegurar que los conocimientos y habilidades estén actualizados y que los profesionales puedan ofrecer la mejor atención posible a los pacientes y sus familias. Además, la formación debe ser accesible y ofrecida a todos los profesionales de la salud involucrados en la atención obstétrica y perinatal.

## **4. Metodología**

### **4.1. Tipo de diseño**

Con el fin de responder a los objetivos planteados en este trabajo documental se ha optado por un estudio de revisión bibliográfica sistemática en bases de datos relevantes del campo sanitario.

### **4.2. Muestra de estudio**

#### **4.2.1. Criterios de inclusión y exclusión**

Serán incluidos en esta revisión sistemática todos aquellos documentos que cumplan con las siguientes características:

- Artículos publicados entre enero de 2018 y abril de 2023.
- Publicados en español, catalán o inglés.
- Texto completo y gratuito.
- Estudios relacionados con nuestros objetivos planteados.
- Libros, guías y tratados relevantes en el tema independientemente del año de publicación.

Criterios de exclusión:

- Serán excluidos de la búsqueda todos aquellos estudios que no cumplan con los criterios de inclusión nombrados anteriormente.

### **4.3. Instrumentos**

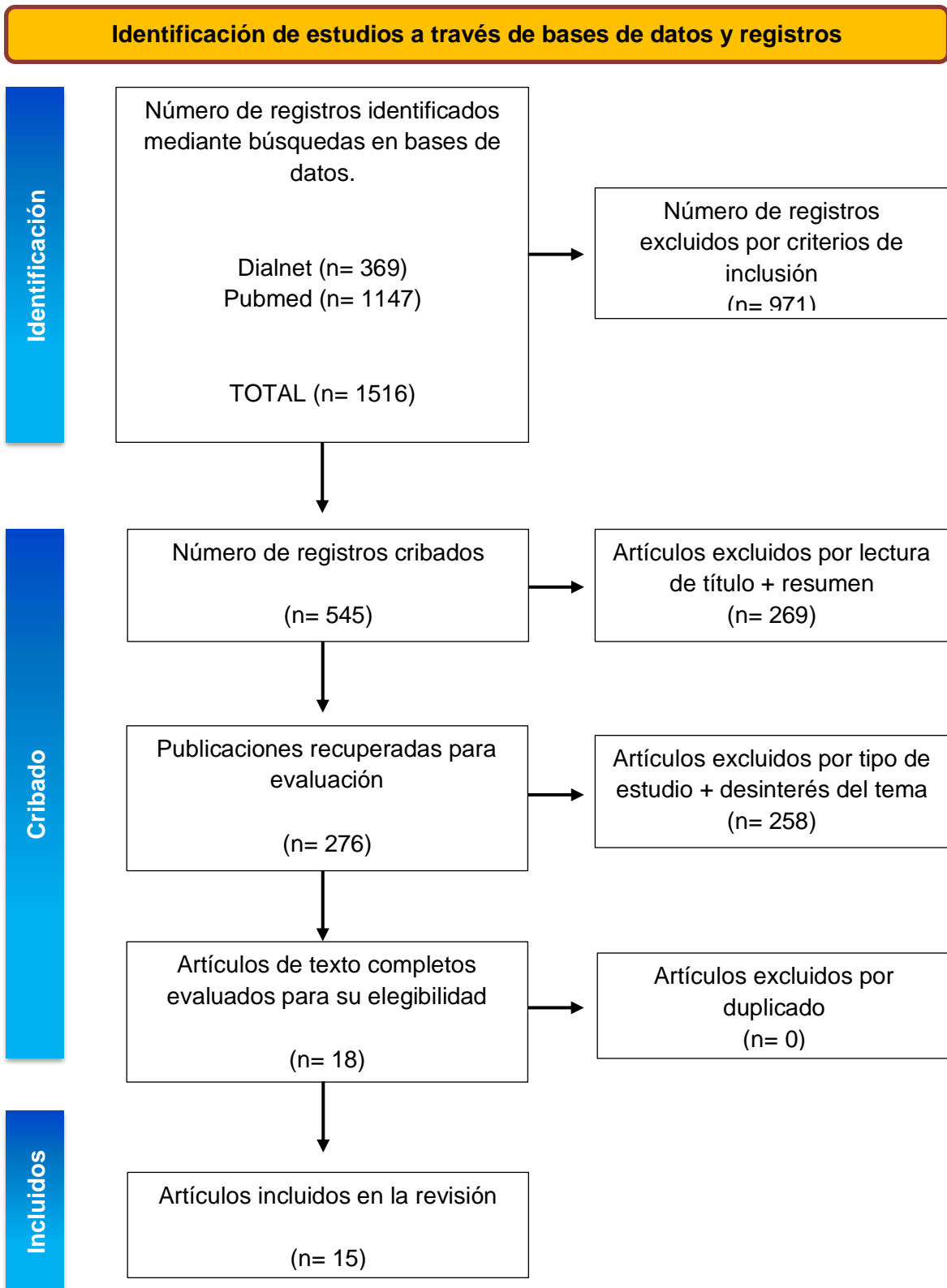
Después de realizar una exhaustiva búsqueda en varias bases de datos y fuentes, se encontraron un total de (n=1516) artículos publicados relacionados con el tema del trabajo en cuestión. Para seleccionar los documentos académicos de investigación se aplicaron las normas PRISMA.

Inicialmente, se aplicaron los criterios de inclusión como parámetros de filtrado en las diversas bases de datos consultadas. Estos criterios incluyeron la selección de artículos publicados en idioma español, catalán o inglés, en formato completo y gratuito y por último que abarcasen el período comprendido entre enero de 2018 y abril de 2023. Esto permitió reducir el número de documentos a estudiar de 1516 a 545.

Tras la aplicación de los filtros anteriormente descritos, se procedió a llevar a cabo un proceso de cribado mediante la revisión de los títulos y resúmenes de los artículos resultantes. A raíz de este proceso, se consiguió disminuir la cantidad de documentos a (n=276).

Luego se procedió con otra etapa de selección, en la cual se descartaron aquellos artículos que no correspondían a documentos originales o que no eran relevantes para el tema específico de nuestro trabajo. Como resultado de esta selección, se obtuvo un total de (n=18) documentos.

Por último se excluyeron los artículos que se encontraban duplicados en las distintas bases de datos para finalmente escoger 15 de estos documentos para introducirlos como parte de nuestra revisión bibliográfica.



#### 4.4. Procedimiento

	Búsqueda	Resultados	ARTÍCULOS EXCLUIDOS POR...				Incluidos
			Criterios de inclusión	Lectura de título + resumen	Tipo de estudio e interés del tema	Duplicados	
DIALNET	(Muerte fetal OR Muerte perinatal) NOT Aborto	344	256	84	4	0	4
	Pérdida perinatal AND Mujeres	17	9	6	1	0	1
	(Experiencias) AND (Muerte fetal OR muerte perinatal) AND (Enfermería)	8	2	2	1	0	3
PUBMED	(Perinatal Loss OR Perinatal Death) AND (Midwives AND Nurs*)	327	109	3	1	0	2
	(Fetal death) AND (Nursing) AND (Care limitations)	309	229	46	6	0	1
	(Pregnancy loss) AND (Nursing care)	495	356	126	4	0	2
	(Experiences) AND (Fetal death) AND (Nurses)	16	10	2	1	0	2

#### **4.5. Limitaciones**

En esta revisión sistemática es relevante señalar las limitaciones que se han presentado. En un principio, se planteó el enfoque de la investigación sobre el papel de enfermería en la muerte fetal temprana, sin embargo, tras una dura búsqueda con resultados prácticamente nulos, se tuvo que redireccionar el tema hacia la muerte fetal tardía, que es el foco de estudio del presente trabajo. Por otro lado, es importante mencionar la escasa disponibilidad de estudios y artículos acerca de la muerte fetal tardía, y aún más limitado el conocimiento en cuanto a las intervenciones de enfermería frente a estas pérdidas.

Por lo tanto, se hace imprescindible plantear futuras líneas de investigación. Una de las posibles líneas de investigación consistiría en desarrollar un protocolo o guía de actuación que permita orientar la atención de los profesionales ante la muerte fetal. Asimismo, se podría considerar llevar a cabo nuevos estudios que profundicen en las necesidades y demandas de los padres, así como del personal sanitario. Tras la realización de dichos estudios podrían identificarse oportunidades de mejora y brindarse una atención de mayor calidad a todas las personas implicadas.

## 5. Resultados

Autor y año de publicación	Título	Objetivo	Tipo de estudio	Resultados	Conclusiones
Paul Richard-Cassidy. 2021	Good mothers/bad mothers: Grief, morality and gender inequality in care encounters following perinatal death	<p>Evaluar el impacto de la muerte perinatal en las mujeres.</p> <p>Evaluar la actuación por parte de los profesionales.</p>	Metodología etnográfica combinada: participación-observación + análisis cuantitativo	<p>El estudio descubrió que la atención al duelo perinatal es insuficiente y que la mitad de los hospitales no lograron el nivel adecuado, aunque se observaron mejoras. Entre las barreras se incluyen falta de compasión, desequilibrio en la toma de decisiones y ausencia de prácticas de duelo. Además, se identificaron casos de violencia obstétrica y desacuerdo en cómo las mujeres y los profesionales ven al bebé fallecido.</p>	La atención al duelo perinatal en los hospitales de España es inadecuada y tiene un efecto negativo en las mujeres, quienes son muy vulnerables después de la muerte del bebé.
Sara Fernández-Basanta. 2020	Perinatal grief: Analysis of the difficulties and facilitating elements of family coping (DPAFIS study)	<p>Conocer las experiencias de los padres en el afrontamiento de las pérdidas del embarazo o perinatales. Conocer las experiencias de las</p>	4 estudios simultáneos de investigación cualitativa.	Los padres emplean técnicas para lidiar con la pérdida involuntaria del embarazo, ya sea mediante experiencias de conectividad/confrontación o no conectividad/evitación, las cuales se ven afectadas por factores personales,	Los padres emplean distintas estrategias de afrontamiento, mientras que los profesionales de enfermería y matronas enfrentan desafíos que les obliga a salir de su

		matronas y enfermeras en el cuidado de padres que han sufrido una pérdida involuntaria del embarazo.		sociales y culturales. Por otro lado, las enfermeras y matronas se enfrentan a dificultades, deben salir de su zona de comodidad y, si participan en la atención, su cuidado se basa en la intuición.	zona de confort y a veces a no involucrarse emocionalmente.
Marcos Camacho-Ávila. 2020	Estudio fenomenológico sobre la experiencia de las familias en el duelo perinatal	Explorar, describir y comprender las experiencias de madres y padres que han vivido un duelo perinatal.	Estudio cualitativo basado en la fenomenología hermenéutica de Gadamer.	En el análisis de los datos se obtuvieron 33 subtemas y estos se agruparon en 9 temas; a su vez, de estos temas emergieron 4 temas principales: "Experimentando la muerte de un hijo", "Secuelas físicas y psicológicas de la muerte perinatal", "Impacto de la muerte perinatal en el contexto sociofamiliar de los padres" y "Experiencias de los padres sobre el apoyo después de la muerte fetal y neonatal".	El duelo perinatal afecta física, psicológica y emocionalmente a la familia. Es importante que la atención sanitaria sea de alta calidad y se base en evidencia científica y en los deseos de los padres.
Sara Furtado-Eraso. 2021	Vivencias de las mujeres que sufren pérdidas perinatales y análisis de la respuesta emocional que se	Profundizar en la comprensión de las vivencias y percepciones de las mujeres que han	Investigación cualitativa	La pérdida perinatal causa una profunda desolación en las madres. La respuesta emocional no depende de la edad gestacional, sino de	La pérdida perinatal deja a las madres sin ilusiones y afecta a su identidad. La

	desencadena como consecuencia de la pérdida	sufrido una pérdida perinatal espontánea en cualquiera de las etapas del embarazo, con el fin de elaborar una teoría explicativa del fenómeno que recoja la respuesta emocional que presentan como consecuencia de dicha pérdida.		otros factores. La validación de la pérdida es esencial para el proceso de duelo. La formación de los profesionales sanitarios es un reto y la falta de guiones culturales dificulta la validación de las pérdidas.	validación de la pérdida es esencial para la elaboración del duelo. Falta formación y guiones culturales sobre el tema.
Fernández-Alcántara M, Schul-Martin L, García Caro MP, Montoya-Juárez R, Pérez-Marfil MN, Zech E. 2020	'In the hospital there are no care guidelines': experiences and practices in perinatal loss in Spain	Identificar y examinar las experiencias y prácticas subjetivas de profesionales experimentados que atienden la pérdida perinatal en el contexto hospitalario en España.	Diseño descriptivo cualitativo con entrevistas semiestructuradas.	En cuanto al cuidado del bebé/feto basado en guías, los participantes diferenciaron entre el proceso inicial de cuidado del bebé y el proceso de toma de decisiones con los padres. En cuanto al apoyo a las familias, los participantes identificaron una gran variabilidad en las prácticas utilizadas y la falta de pautas de organización y atención, apoyo psicológico y seguimiento. Finalmente,	Los participantes informaron la variabilidad de las prácticas en el cuidado del bebé y los padres, la falta de pautas de continuidad de la atención y la importancia del apoyo de un equipo de atención médica coordinado.

				las interacciones con otros miembros del equipo se percibieron como una fuente de apoyo, aunque los participantes identificaron una importante falta de coordinación.	
Qian J, Chen S, Jevitt C, Sun S, Wang M, Yu X. 2023	Experiences of obstetric nurses and midwives receiving a perinatal bereavement care training programme: A qualitative study	Explorar las experiencias de los profesionales de enfermería obstétrica y partería con el Programa de Capacitación en Atención del Duelo Perinatal (PBCTP) después de la implementación.	Estudio cualitativo	Se identificaron seis temas principales dentro de las experiencias de los participantes de la intervención PBCTP: los objetivos de los participantes de emprender la capacitación; crecimiento personal y cambios de práctica después del entrenamiento; el contenido formativo más valioso; sugerencias para la mejora de la formación; instrucciones para mejorar la práctica; factores que influyen en la optimización de la práctica.	Los profesionales de enfermería y obstetricia describieron que el PBCTP satisface sus necesidades de aprendizaje y mejora de habilidades y apoya cambios positivos en la atención que brindan a las familias en duelo.
Schmalfuss, J. M., Matsue, R. Y., & Ferraz, L. (2019)	Women with fetal death: nurses' care limitations	To present the limitations of the nursing care for women with fetal	Reflective study with theoretical focus on national and	There are limitations related to nursing care, which involve feelings of insecurity and powerlessness,	This study points out that there are challenges to qualify nursing care for

		death, reflecting on this challenge for care practices.	international publications	inappropriate attitudes of these professionals in front of women, difficulties to manage emotional aspects, and structural problems of health services.	women with fetal death, which included academic studies and continuing education in health services. Relational aspects should be valued and demand more sensitivity from nurses, with more empathic relationships in the care for women with fetal death.
Fernández-Basanta, S., Movilla-Fernández, M. J., Coronado, C., Llorente-García, H., & Bondas, T. (2020).	Involuntary Pregnancy Loss and Nursing Care: A Meta-Ethnography	To synthesise nurses' and midwives' experiences of caring for parents following an involuntary pregnancy loss. A meta-ethnography of ten studies from five countries was carried out.	Meta-ethnography	Going into darkness caused fear because healthcare professionals feel unprepared or unsupported, because they did not want to hurt parents even more, and because of the emotional implication involved. Despite that, having leader and peer support and guidance, previous experiences, and a strong value base encouraged nurses to care	Nurses and midwives dealt with organizational difficulties, lack of knowledge, and with care that requires going beyond. This context encouraged task-focused care and avoidance of encounters and emotional connection with parents.

				<p>and to have the strength to go into darkness.</p> <p>However, their motive to care may not be enough for many of them and they decided to avoid stumbling. Instead, the care provided was task-focused, in which encounters and emotional connections with parents were avoided. Those who went beyond the tasks tried to care in the best possible way despite the difficulties, groping in darkness. Wounded after dealing with darkness illustrates the consequences on nurses and midwives.</p>	<p>Metaphorically, they avoided stumbling in the dark. However, some nurses and midwives went beyond in their care when they had competencies, support, and a strong value base despite the subsequent wounds involved in dealing with darkness. Those who went beyond the tasks tried to care in the best possible way, symbolized through the theme groping in darkness.</p>
<p>Fernández-Férez, A., Ventura-Miranda, M. I., Camacho-Ávila, M., Fernández-Caballero, A.,</p>	<p>Nursing Interventions to Facilitate the Grieving Process after Perinatal Death: A Systematic Review</p>	<p>To determine the efficacy of nursing interventions to facilitate the process of grief as a result of perinatal death.</p>	<p>Systematic review of the literature</p>	<p>This systematic review included four studies out of a total of 640. Of the four studies chosen, two of them were randomized controlled clinical trials (RCTs), and two were quasi-experimental intervention studies. The two</p>	<p>The interventions that were helpful to parents after PD were the support of health professionals for those affected, health education to</p>

<p>Granero-Molina, J., Fernández-Medina, I. M., &amp; Requena-Mullor, M. D. M. (2021)</p>				<p>RCTs studied women who were pregnant and required termination of pregnancy. The two quasi-experimental studies examined women who had experienced perinatal or fetal death prior to the intervention.</p>	<p>understand the process and allow them to take part in the loss, the expression of feelings and emotions, distraction methods, group sessions, social support, physical activity and family education. These activities improve anxiety, feelings of grief, sleep, and self-confidence.</p> <p>These support interventions for families experiencing perinatal loss are effective if they are carried out both before (if foreseeable) and after the death of the baby.</p> <p>The interventions are</p>
---	--	--	--	--	--

					<p>mainly focused on the woman whereas the fathers remain in the background, even though they also feel the loss. Studies are needed that include fathers in nursing activities and interventions.</p> <p>To address perinatal death in the right way, health professionals must feel safe and well trained. It is necessary to train nurses to face these circumstances with confidence, compassion and confidence.</p>
<p>Martins, M. V., Valente, V. A., Silva, A. D., Ramalho, C., &amp; Costa, M. E.</p>	<p>"Death is a sensitive topic when you are surrounded by life": Nurses experiences with pregnancy loss</p>	<p>Although there is increasing evidence on the psychosocial adjustment and experiencing pregnancy loss from the patient's</p>	<p>A qualitative approach was developed through semi-structured interviews to 16 nurses working in an Obstetrics and</p>	<p>The analysis revealed three major themes and 11 sub-themes: i) stressful work conditions, comprising care management and institutional practices; ii) personal characteristics,</p>	<p>Nurses daily involved in providing care to patients suffering pregnancy loses have a demanding challenge in trying to</p>

		perspective, few studies have investigated the nurses' experience perceptions. This study aimed to understand the experience of nurses involved in pregnancy loss care based on the self-fulfillment model of communication.	Maternal-Fetal Department of a local hospital. Based on grounded theory approach, data was analyzed with NVivo 12 software.	including discomfort with loss, communication skills, work experience and empathy; and iii) the patient's journey, containing the partner's ambiguous role, timing, respect for the patient's individuality, viewing the fetus and facilitating grief rituals.	assure that patients get the appropriate and better care and ensuring they keep their level of engagement in their profession. Interventions to improve communications skills with patients and with other health professionals are needed to enhance professional realization.
Zwerling, B., Rousseau, J., Ward, K. M., Olshansky, E., Lo, A., Thiel de Bocanegra, H., & Harken, T.	"It's a horrible assignment": A qualitative study of labor and delivery nurses' experience caring for patients undergoing labor induction for fetal anomalies or fetal demise	This study sought to explore labor and delivery (L&D) nurses' experiences caring for women undergoing induction for intrauterine fetal demise (IUFD) or termination for fetal anomalies, and to characterize	Researchers conducted a qualitative study that consisted of open-ended, semistructured interviews with 15 registered nurses who care for women on L&D at a large metropolitan hospital. We	Labor and delivery nurses struggle emotionally, logistically, and morally with bereavement care, whether their patients are experiencing an IUFD or termination for fetal anomalies. The analysis generated the following themes: the emotionally intense work of perinatal loss, feelings of	Much of the discomfort L&D nurses reported caring for patients undergoing induction termination stems from the emotional toll, lack of skills, and bureaucratic burden of bereavement care

		<p>reluctance towards participation in abortion care or - conversely - the commitment to provide services.</p>	<p>analyzed these data for content and themes.</p>	<p>incompetence in bereavement care, ethical conflicts, and judgment of both termination and IUFD patients. In addition, nurses who chose to provide care for patients undergoing induction termination for fetal anomalies described a duty to care for all patients despite the increased logistic and emotional burden.</p>	<p>rather than a moral objection to abortion. Instituting interventions to improve staffing, simplify paperwork, augment bereavement training, and improve support for the emotional burden of caring for these patients may therefore increase access to competent and compassionate abortion care.</p>
--	--	--	--	--	--

## 6. Discusión

### 6.1. Impacto emocional en los padres ante la muerte fetal tardía

En relación a la experiencia de los padres ante la muerte fetal tardía, Camacho-Ávila, Marcos, relata diversas vivencias clasificadas en cuatro grupos con el objetivo de obtener una comprensión más profunda. Antes de recibir la noticia de la pérdida del feto, los padres suelen percibir una sensación de que algo no marcha bien, ya sea por sus propios sentimientos o por las señales no verbales del personal sanitario que realiza la ecografía. Tras recibir la noticia, el desbordamiento emocional puede variar de forma significativa dependiendo de si la pareja de la mujer se encontraba o no presente en ese momento. Además, los padres dan gran importancia a los rituales del duelo para preservar los recuerdos de su bebé. La falta de protocolos en los hospitales puede hacer que los padres no tengan la opción de dichos rituales. Esto puede resultar un factor negativo y desencadenar un posible duelo patológico. (18)

Por otro lado, la autora Furtado-Eraso, Sara, hace alusión a las consecuencias físicas y psicológicas que dejó la pérdida fetal en las mujeres y cómo afectó a su visión de futuro. Las mujeres manifestaron cicatrices tanto físicas como psicológicas como resultado de la pérdida fetal. La subida de la leche, así como los cambios corporales después del parto, les obligó a enfrentarse a una realidad devastadora. No obstante, muchas de las mujeres reconocen la esperanza ante un nuevo embarazo, aunque los embarazos posteriores a una pérdida fetal tardía son experimentados por las mujeres como un período de hipervigilancia y constante amenaza, así como un miedo recurrente a que se repita la experiencia. (19)

Por último, Fernández-Basanta, Sara, asocia en su tesis, la normalización de la pérdida fetal, con la comunicación y el intercambio de experiencias con otras personas que hayan atravesado una situación similar. Destaca que compartir estas vivencias ayuda a normalizar los sentimientos y evita que se sientan solos en su pérdida. Además, según la Teoría Motivacional del Afrontamiento, también incluida en esta tesis, estas experiencias pueden implicar procesos de conexión, confrontación, desconexión o evitación, y pueden verse influenciadas por el tabú que aún rodea a las pérdidas fetales, las expectativas sociales y la falta de formación y respuesta del personal sanitario. (12)

## 6.2. Experiencias vividas por el personal de enfermería

Aguado Jiménez, A.C. et al cuentan en su artículo que los profesionales sanitarios jugamos un papel fundamental durante el proceso de acompañamiento de las familias que han sufrido la pérdida de su bebé al proporcionar disponibilidad, apoyo emocional y dar respuesta a las necesidades físicas, emocionales, psicosociales y espirituales de la familia mediante la creación de un entorno confortable y la humanización de los cuidados. Sin embargo, aunque el personal sanitario ha sido entrenado para curar y aliviar el dolor, la gran mayoría no ha recibido preparación para enfrentar la muerte, lo cual genera sentimientos de impotencia, frustración y tristeza en estos profesionales, que al repercutir en su estado emocional, hace que los cuidados hacia sus pacientes no sean adecuados. (20)

En el artículo de Hernández Sampayo, Luzmila relata una experiencia de una enfermera en su internación con una mujer que afrontó la muerte de su hija al momento de nacer. Este relato va acompañado del análisis por patrones de conocimiento y el análisis relacionado con la teoría de los cuidados de Kristine Swanson, que concibe los cuidados como una forma educativa de relacionarse con un ser apreciado hacia el que se siente un compromiso y una responsabilidad personal, proponiendo cinco procesos básicos: conocer, estar con, hacer por, posibilitar y mantener las creencias. Hernández Sampayo explica que la enseñanza principal de esa situación fue aprender a estar, aprender a escuchar, comprender y respetar el dolor experimentado por una mujer al perder su hija, permitiendo una comunicación auténtica entre el que cuida y el sujeto cuidado. (21)

Martins, M. V. et al, en su estudio sobre las experiencias de las enfermeras con las pérdidas de embarazo explica que la profesión de enfermería es uno de los pocos conjuntos que tienen las habilidades necesarias para dar soporte a pacientes a través de la atención a la pérdida. Algunos sujetos (personal de enfermería) de su estudio cuentan que no creen que todos los profesionales lo puedan hacer, que algunas personas son mejores que otras. También afirman que las enfermeras reciben una preparación inadecuada durante la formación formal. En contraste con otras áreas de enfermería, los profesionales que trabajan en pediatría y obstetricia tienen una exposición diaria limitada a la muerte, la cual cosa agrava su malestar cada vez que tienen que afrontar situaciones así: "Estamos incómodas y no sabemos cómo afrontar el dolor de esta paciente y, por lo tanto, no vamos a verlos tan seguido como deberíamos o no estamos realmente presentes para la paciente tanto como querríamos." (22)

Martins, M. V. et al también aclaran que sin una educación suficiente, las enfermeras se preocupan de hacer daño a los pacientes que experimentan un sufrimiento intenso. Los profesionales sanitarios quieren hacer lo más correcto para sus pacientes y sentirse confiados y competentes en su trabajo. Los datos de este estudio muestran que las enfermeras luchan emocional, funcional, logística y moralmente cuidando a las mujeres que sufren una pérdida del embarazo. Algunos profesionales de enfermería tienen sentimientos de fracaso personal e impotencia con pacientes que sufren dolor, y muchos deseaban mejorar sus habilidades a través de la educación continuada y talleres. (22)

### **6.3. La realidad de la atención al duelo por muerte fetal tardía: intervenciones de enfermería**

En la actualidad, aún no se ha establecido una guía clínica uniforme en todos los hospitales para abordar la atención de enfermería ante la muerte fetal tardía. Este hecho ha llevado a que las enfermeras se sientan restringidas e inseguras en su capacidad para brindar una atención adecuada a los padres que han experimentado una pérdida fetal.

Tras la revisión de dos artículos llevados a cabo por los autores Fernández-Alcántara M et al y Qian J et al, se ha comprobado que, a través de encuestas realizadas a enfermeras y matronas, existe una evidente carencia de conocimiento y seguridad por parte del personal sanitario ante la actuación frente a la muerte fetal tardía. Por otra parte, ambos estudios demostraron que las enfermeras contribuyen a la atención del duelo ofreciendo a los padres la oportunidad de estar con el bebé, así como brindándoles la opción de preservar recuerdos materiales de su hijo. (23,24)

En el primer artículo de Fernández-Alcántara M et al, se destaca la existencia de una notable variabilidad en la atención brindada durante el proceso de duelo, así como una dificultad para ofrecer atención emocional adecuada a los padres afectados. Estas dificultades pueden explicarse, en parte, por la falta de formación en la atención a la pérdida perinatal en el sistema sanitario español. Además, los profesionales encuestados no hicieron mención a la existencia de grupos de apoyo o servicios de orientación dentro del hospital, lo que les obligó a recurrir a recursos externos en busca de apoyo psicológico. (23)

En el estudio de Qian J et al, al igual que en el anterior estudio se destaca que las enfermeras expresaron una falta de conocimientos y habilidades comunicativas para abordar las situaciones relacionadas con la muerte fetal tardía, esto les impedía establecer una conexión de confianza y cooperación con las mujeres afectadas. Para abordar esta problemática, se realizaron entrevistas antes y después de proporcionar formación a las enfermeras. Después de la formación, el personal mostró una mayor capacitación en la atención y una mayor confianza en sí mismas para brindar una atención adecuada en el duelo por muerte fetal tardía. (24)

De acuerdo con los artículos consultados, una formación adecuada en el manejo del duelo puede permitir a las enfermeras comprender las reacciones de los padres y reconocerlas como parte del proceso. Con este objetivo, se consultó la Guía para la atención a la muerte perinatal y neonatal elaborada por Umamanita y El Parto es Nuestro, la cual ofrece una serie de pautas fundamentales para brindar una atención adecuada tras la pérdida fetal. La guía enfatiza en la importancia de una comunicación adecuada con los padres, haciendo especial hincapié en la comunicación no verbal, dado que el tacto y el silencio pueden resultar más útiles que los comentarios que no tienen lugar en los principios éticos. En este sentido, se proporcionan una serie de frases que deben y no deben decirse en esta situación tan delicada<sup>1</sup>

Además, la guía destaca la relevancia del cuidado del personal que hace frente la pérdida, incluyendo tanto a las enfermeras como a todo el equipo que se enfrenta a esta situación. Por lo tanto, es importante que estos profesionales reciban apoyo dentro del hospital para expresar sus sentimientos y recibir formación y técnicas adecuadas para hacer frente al duelo de manera segura y efectiva. (25)

#### **6.4. Apoyo emocional y estrategias de afrontamiento para profesionales**

El artículo de Roncallo, P., empieza introduciéndonos el tema afirmando que tradicionalmente, la literatura se ha centrado en el proceso emocional de los padres

---

<sup>1</sup> Anexo 1

(especialmente de la madre) después de la pérdida. Es rotundamente cierto que no se ha prestado atención ninguna a la experiencia emocional de los profesionales sanitarios, en especial de enfermeras, matronas y obstetras. Estas personas también tienen que pasar por un impacto psicológico dada una muerte fetal, y este impacto se puede exteriorizar con una amplia gama de respuestas dentro de las que se encuentran el llanto, la tristeza, la ira, el dolor, la rabia, pesadillas, culpa y miedo. Si bien la tristeza, el llanto y el dolor son reacciones propias ante la pérdida, también se considera que los profesionales son vulnerables al desarrollo de dificultades emocionales ligadas a su trabajo, especialmente cuando existe un bajo nivel de cuidado personal o institucional. (30)

Según Schmalfluss, J. et al, se asume que, si las familias que experimentan la muerte fetal reciben asistencia adecuada en este momento de la reversión de la existencia humana, y si el equipo sanitario proporciona atención cualificada en las dimensiones física, emocional y social, se pueden facilitar los procesos de trabajo y afrontamiento del dolor. A pesar de la información sobre salud y la obstétrica de las mujeres que se publica en materiales del Ministerio de Salud y la Organización Mundial de la Salud, la atención específicamente centrada en las mujeres con muerte fetal todavía no ha sido una prioridad en los programas y políticas de salud pública. Además, pocos estudios han abordado este problema, lo cual demuestra que se trata de un vacío en la investigación e indica la necesidad de avanzar en las investigaciones que revelan estas demandas y apoyan a la elaboración de protocolos y planes de atención destinados a proporcionar una atención exhaustiva y cualificada a estas mujeres. (26)

En el artículo que habla sobre la pérdida involuntaria del embarazo y los cuidados de enfermería, Fernández-Basanta, S. et al afirman que los profesionales sanitarios encuentran estresante y desafiante la atención a las familias después de una pérdida involuntaria del embarazo. También se sienten poco preparados para dar soporte de calidad. La naturaleza desafiadora de este soporte puede tener un impacto personal en los profesionales sanitarios y la atención prestada a los padres. (27)

Fernández-Férez, A. et al concluyen en su reseña que las intervenciones que fueron útiles para las familias después de la pérdida de su hijo fue el soporte de los profesionales de la salud, la educación sanitaria para entender el proceso y que se les permitiera participar en la pérdida, la expresión de sentimientos y emociones, los métodos de distracción, sesiones de grupo, soporte social, actividad física y educación

familiar. Estas actividades mejoran la ansiedad, los sentimientos de dolor, el sueño y la confianza en ellas mismas. Estas intervenciones son efectivas si se realizan antes (si es previsible) y después de la muerte del bebé. Afirma que para abordar la muerte perinatal de manera correcta, los profesionales sanitarios deben sentirse seguros y bien formados. Es necesario formar a las enfermeras para afrontar estas circunstancias con confianza, compasión y seguridad. (28)

Zwerling, B. et al en su artículo relata que la experiencia de trabajar regularmente con la pérdida del embarazo significa que las características y el desarrollo personales están muy implícitos. Dentro de este tema, el malestar con la pérdida es la categoría más comentada y referida por todos los participantes entrevistados para su artículo. Aun dependiendo de valores culturales, historia personal de pérdidas y experiencias de muerte y resolución de duelos, es natural que este malestar esté presente en esta profesión. Los sistemas de atención humana se basan en el hecho que las enfermeras asumen el papel de cuidadores expresando emociones y no omitiéndolas. Si bien la presencia de este sentimiento en la mayoría de las enfermeras es positiva, está indudablemente relacionada con las narrativas asociadas con un deseo más fuerte de educación especializada y compartición entre profesionales. (29)

La psicóloga Patricia Roncallo, en el apartado de estrategias de autocuidado y apoyo mutuo de su artículo sobre los profesionales sanitarios ante la muerte perinatal, indica que, para los profesionales, conocer la forma más adecuada de proceder y relacionarse con las madres y padres en un momento tan doloroso más allá del saber técnico, contribuye al incremento de los sentimientos de autoconfianza, autocompetencia y seguridad; los tres íntimamente relacionados con el bienestar emocional. Coincidiendo con los demás artículos, argumenta la importancia y la falta de educación sanitaria hacia los profesionales de la salud diciendo que el conocimiento acerca de la práctica asistencial, cuando se complementa con unas adecuadas estrategias de afrontamiento y una red de soporte institucional, es un activo valioso, tanto para la atención sanitaria como a nivel de crecimiento personal.

Este mismo escrito da a entender que, a nivel de prevención, el autocuidado y la psicoeducación son fundamentales para que los profesionales puedan desarrollar los recursos necesarios para responder a las demandas de su trabajo. Afirma que es un error común pensar que el estrés y la carga emocional deben gestionarse fuera del espacio laboral. (30)

Hay que saber que actualmente, aunque sean pocas, existen actualmente formaciones y programas dedicados al duelo perinatal. Por ejemplo, Pi-Sunyer, M.T. et al, en su artículo dan a conocer el Grupo Interdisciplinario de Reflexión ante la pérdida (GIR), una iniciativa pionera del Hospital Universitario Materno-Infantil de la Vall d'Hebron. A través de estos grupos, el duelo se transforma en un bagaje saludable para seguir hacia adelante, mientras integra la pérdida como parte del crecimiento y razón de ser la persona o equipo sanitario. Concluyen el artículo coincidiendo con todos los documentos que hemos ido leyendo; la muerte y el duelo perinatal, todavía hoy, forma parte de un tabú social mucho más extenso que el de la muerte en sí misma. Es difícil entenderlo y muchas veces no se cree necesario tenerlo en cuenta. Son los enfermeros y las enfermeras los que tienen la posibilidad de ir abriendo camino hacia ese acompañamiento, con su práctica y dedicación. (31)

Para concluir este apartado, creemos necesario dar luz y visibilidad a un programa llevado a cabo por Assumpta Mateu en Madrid sobre el duelo. En este programa ofrece formaciones tanto para profesionales sanitarios como para personas individuales, y la formación que queremos destacar es la del acompañamiento al duelo y al final de la vida, que se llevará a cabo de enero de 2024 a marzo de 2025. Esta formación facilita las herramientas personales y profesionales, habilidades y técnicas terapéuticas para transitar de forma consciente los pasajes propios del dolor ante las pérdidas y, en consecuencia, a elaborar los duelos de forma saludable. (32) Es muy importante que se hagan formaciones de este tipo y que los hospitales y centros sanitarios les den eco para que, con eso, adquieran la importancia que realmente tienen.

## 7. Conclusiones

Los artículos revisados abordan diferentes aspectos relacionados con la experiencia de la muerte fetal tardía y la atención sanitaria que se brinda a las familias en estas situaciones. La enfermería dentro de la obstetricia está rodeada de vida, a diferencia de otras especialidades, y es por eso que encontrarse con una situación de pérdida del embarazo puede resultar más problemático para estos profesionales que no están acostumbrados a tratar con la muerte, y menos cuando se trata de un ser humano que no ha tenido la posibilidad de vivir.

Se destaca la importancia de la comunicación y el apoyo emocional por parte del personal de enfermería, así como la necesidad de una preparación adecuada en el manejo de la muerte y el duelo. Es importante que el personal sanitario reciba una formación adecuada y se brinde un entorno confortable y humanizado para las familias que han sufrido la pérdida de su bebé. De la misma forma, es de gran necesidad que los profesionales de enfermería reciban educación desde una perspectiva emocional para saber afrontar ese proceso sin tener repercusiones psicológicas que puedan afectar a los cuidados que van a tener que ofrecer.

Los rituales del duelo son de gran importancia para las familias, y su ausencia puede ser un factor negativo en el proceso de duelo, es por eso que los profesionales de enfermería deben ser conocedores de las estrategias y herramientas que se pueden usar para dar a las pacientes y a su entorno familiar la oportunidad de superar ese duelo.

Hay que tener en cuenta que las mujeres que han experimentado una pérdida fetal tardía suelen tener cicatrices tanto físicas como psicológicas que pueden afectar su visión de futuro y su miedo a embarazos posteriores. La normalización de la pérdida fetal es clave para ayudar a las familias a superar su pérdida y el intercambio de experiencias con otras personas que hayan pasado por una situación similar puede ayudar en este proceso.

Para concluir, los profesionales sanitarios debemos ser los primeros en empezar a desestigmatizar la muerte fetal; eso abrirá el camino a nuevos cuidados, nuevas estrategias y muchas herramientas que van a ser útiles tanto para la salud de los enfermeros y enfermeras del campo como, consecuentemente, para la salud y bienestar de todos los usuarios de obstetricia.

## 8. Referencias bibliográficas

- 1 Asociación Española de Pediatría. Libro blanco de la muerte súbita infantil [Internet]. 2013 [citado el 18 de febrero de 2023]. Disponible en: [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/libro\\_blanco\\_muerte\\_subita\\_3ed\\_.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/libro_blanco_muerte_subita_3ed_.pdf)
- 2 Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Guía de asistencia en la muerte perinatal [Internet]. 2021 [citado el 18 de febrero de 2023]. Disponible en: [https://sego.es/documentos/progresos/v64-2021/n3/04-Guia\\_de\\_asistencia\\_en\\_la\\_muerte\\_perinatal.pdf](https://sego.es/documentos/progresos/v64-2021/n3/04-Guia_de_asistencia_en_la_muerte_perinatal.pdf)
- 3 Cabero RL, Saldivar RD, Cabrillo RE. Obstetricia y medicina materno-fetal. Ed. Médica Panamericana; 2007.
- 4 Martos Lopez I, Guedes Arbelo C, Sánchez Guisado M del M. Vista de Duelo por muerte perinatal, un duelo desautorizado. Revista Española de Comunicación en Salud [Internet]. 2016 [citado el 18 de febrero de 2023];7(2):300–9. Disponible en: <https://e-revistas.uc3m.es/index.php/RECS/article/view/3454/2088>
- 5 Muertes fetales tardías por tipo de parto, tiempo de gestación y grupo de edad de la madre [Internet]. INE. [citado el 18 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?tpx=54894>
- 6 Tasa de Mortalidad Fetal tardía por comunidad autónoma, según sexo [Internet]. INE. [citado el 18 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1696>
- 7 Kübler Ross E, Kessler D. Sobre el duelo y el dolor [Internet]. Avda. Diagonal 662-664 08034 Barcelona: Ediciones Luciérnaga; 2016 [citado el 18 de febrero de 2023]. Disponible en: [https://www.planetadelibros.com/libros\\_contenido\\_extra/32/31277\\_Sobre\\_el\\_duelo\\_y\\_el\\_dolor.pdf](https://www.planetadelibros.com/libros_contenido_extra/32/31277_Sobre_el_duelo_y_el_dolor.pdf)
- 8 CDC. ¿Qué es la muerte fetal? [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention. 2022 [citado 18 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/stillbirth/facts.html>

- 9 Storey C, Flenady V, Hopkins Leisher S, Siassakos D, Heazell A, International Stillbirth Alliance. Terminando la Mortinatalidad Prevenible [Internet]. Thelancet.com. [citado 18 de febrero de 2023]. Disponible en: [https://www.thelancet.com/pb/assets/raw/Lancet/stories/series/stillbirths2016/ISA\\_Lay\\_Summary\\_EPS\\_Spanish\\_final.pdf](https://www.thelancet.com/pb/assets/raw/Lancet/stories/series/stillbirths2016/ISA_Lay_Summary_EPS_Spanish_final.pdf)
- 10 Martínez HA, Galiano JMM, Vázquez SM. Morir antes de nacer: ¿cómo actuar ante una muerte que jamás se contempla? The Conversation [Internet]. 15 de febrero de 2021 [citado 18 de febrero de 2023]; Disponible en: <http://theconversation.com/morir-antes-de-nacer-como-actuar-ante-una-muerte-que-jamas-se-contempla-154976>
- 11 Moreno Ó, Salvador Z. Muerte fetal intrauterina: síntomas, causas y apoyo emocional [Internet]. Reproducción Asistida ORG. 2019 [citado 18 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.reproduccionasistida.org/muerte-fetal/>
- 12 Fernández-Basanta S. Perinatal grief: analysis of the difficulties and facilitating elements of family coping [Tesis Doctoral]. A Coruña (España): Universidade da Coruña; 2020.
- 13 Speciale JD, Vogelmann RA, Sánchez JE, Sartori MF. Muerte fetal intrauterina - UNNE [Internet]. Muerte Fetal Intrauterina. Revista de Posgrado de la Via Cátedra de Medicina; 2008 [citado el 19 de febrero de 2023]. Disponible en: [https://med.unne.edu.ar/revistas/revista188/4\\_188.pdf](https://med.unne.edu.ar/revistas/revista188/4_188.pdf)
- 14 El Dol [Internet]. Departament d'Educació. Gencat; 2017 [citado el 19 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://educacio.gencat.cat/ca/arees-actuacio/families/ajudem-fills/dol/>
- 15 Serrano Diana C, López del Cerro E, Castillo Cañadas AM, Gómez García MT, Amezcua Recover AN, González de Merlo G. Muerte fetal anteparto. Duelo perinatal [Internet]. Progresos de Obstetricia y Ginecología. Elsevier; 2015 [citado el 19 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-muerte-fetal-anteparto-duelo-perinatal-S0304501315000953>

- 16 Boe.es - Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado [Internet]. BOE. 1889 [citado el 19 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1889/07/25/pdfs/A00249-00259.pdf>
- 17 El libro de Familia y derechos a La Inscripción Tras La muerte de un Bebé D [Internet]. Apoyo para la muerte perinatal y neonatal. Umamanita; 2022 [citado el 19 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.umamanita.es/libro-de-familia-derechos/>
- 18 Camacho Ávila M. Estudio fenomenológico sobre la experiencia de las familias en el duelo perinatal [Tesis Doctoral]. Almería (España): Universidad de Almería; 2020. [citado el 4 de marzo de 2023]
- 19 Furtado-Eraso, S. Vivencias de las mujeres que sufren pérdidas perinatales y análisis de la respuesta emocional que se produce como consecuencia de la pérdida [Tesis Doctoral]. Pamplona (España): Universidad Pública de Navarra; 2021. [citado el 4 de marzo de 2023]
- 20 Aguado Jiménez, A.C., Navarro Torres, M., Martínez Hernando, L., Peñalva Boronat, E., Ballarín Ferrer, A., Sanz Peña, N. (2021). Nursing interventions for perinatal loss in a neonatal unit. *Revista Sanitaria de Investigación*, ISSN-e 2660-7085, Vol. 2, Nº. 7 (Edición Julio), 2021. [citado el 10 de marzo de 2023] Disponible a: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/intervenciones-de-enfermeria-ante-la-perdida-perinatal-en-una-unidad-neonatal/>
- 21 Hernández Sampayo, Luzmila (2019). Vivencia del cuidado de enfermería en un proceso de duelo. *Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana. Cultura de los Cuidados*. 2019, 23(54): 59-66. doi:10.14198/cuid.2019.54.07. [citado el 10 de marzo de 2023]. Disponible en: <http://rua.ua.es/sabidi.urv.cat/dspace/handle/10045/96328>
- 22 Martins, M. V., Valente, V. A., Silva, A. D., Ramalho, C., & Costa, M. E. (2023). "Death is a sensitive topic when you are surrounded by life": Nurses experiences with pregnancy loss. *Sexual & reproductive healthcare : official journal of the Swedish Association of Midwives*, 35, 100817. [citado el 16 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2023.100817>

- 23 Fernández-Alcántara M, Schul-Martin L, García Caro MP, Montoya-Juárez R, Pérez-Marfil MN, Zech E. «In the hospital there are no care guidelines»: experiences and practices in perinatal loss in Spain. *Scand J Caring Sci* [Internet]. 2020;34(4):1063-73. [citado el 16 de marzo de 2023]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/scs.12816>
- 24 Qian J, Chen S, Jevitt C, Sun S, Wang M, Yu X. Experiences of obstetric nurses and midwives receiving a perinatal bereavement care training programme: A qualitative study. *Front Med (Lausanne)* [Internet]. 2023;10:1122472. [citado el 26 de febrero de 2023]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fmed.2023.1122472>
- 25 Umamanita, El Parto es Nuestro. GUÍA PARA LA ATENCIÓN A LA MUERTE PERINATAL Y NEONATAL [Internet]. 2009 [citado el 17 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.ascalema.es/wp-content/uploads/2014/10/El-parto-es-Nuestro-y-Umamanita.-Gu%C3%ADa-para-la-atenci3n-a-la-muerte-perinatal-y-neonatal..pdf>
- 26 Schmalfuss, J. M., Matsue, R. Y., & Ferraz, L. (2019). Women with fetal death: nurses' care limitations. *Revista brasileira de enfermagem*, 72(suppl 3), 365–368. [citado el 17 de abril de 2023] Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0261>
- 27 Fernández-Basanta, S., Movilla-Fernández, M. J., Coronado, C., Llorente-García, H., & Bondas, T. (2020). Involuntary Pregnancy Loss and Nursing Care: A Meta-Ethnography. *International journal of environmental research and public health*, 17(5), 1486. [citado el 18 de abril de 2023] Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph17051486>
- 28 Fernández-Férez, A., Ventura-Miranda, M. I., Camacho-Ávila, M., Fernández-Caballero, A., Granero-Molina, J., Fernández-Medina, I. M., & Requena-Mullor, M. D. M. (2021). Nursing Interventions to Facilitate the Grieving Process after Perinatal Death: A Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*, 18(11), 5587. [citado el 18 de abril de 2023]

Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph18115587>

- 29 Zwerling, B., Rousseau, J., Ward, K. M., Olshansky, E., Lo, A., Thiel de Bocanegra, H., & Harken, T. (2021). "It's a horrible assignment": A qualitative study of labor and delivery nurses' experience caring for patients undergoing labor induction for fetal anomalies or fetal demise. *Contraception*, 104(3), 301–304. [citado el 18 de abril de 2023] Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2021.04.014>
- 30 Roncallo, P. (2018). "Los profesionales sanitarios ante la muerte perinatal". Estrategias de autocuidado y apoyo mutuo. Muerte y duelo perinatal. Umamanita. Número 4, mayo-junio 2018. [citado el 25 de abril de 2023].
- 31 Pi-Sunyer Peyrí, M.T., Camba Longueira, F., López Ponce, O., Gregoraci Fernández, A. (2018). "Grupos interdisciplinarios de Reflexión ante la pérdida en el Hospital Vall d'Hebron". Apoyo entre profesionales sanitarios en el ámbito materno-infantil. Muerte y Duelo Perinatal. Umamanita. Número 4, mayo-junio 2018. [citado el 25 de abril de 2023].

## 9. Anexos

### Anexo 1: Frases para usar y frases para evitar en el proceso de atención del duelo por muerte fetal.

Puedes usar:	Debes evitar:
"Siento mucho lo que estais pasando"	"Sé fuerte"
"No me molesta que lloréis"	"No llores"
"Teneis un bebé precioso/a"	"Tenéis suerte por tener otros hijos"
"No tengo palabras para expresar lo que siento"	"Todo pasa por alguna razón"
"Me imagino cuánto querrían a ese bebé"	"Ya le olvidarás"
"¿Puedo hacer algo por vosotros?"	"Ahora tienes un angelito"
"No puedo imaginar por lo que estáis pasando"	"Ahora está en un lugar mejor"
"¿Preferís estar solos o que os haga compañía?"	"Al menos no llegaste a conocerle bien"
"¿Qué nombre le habéis puesto?"	"Eres joven, ya tendrás más"
"La pérdida de un hijo siempre es devastadora"	"Debes ser fuerte por tus hijos / familia, etc."
"¿Cómo os sentís? ¿Tenéis ganas de hablar?"	"El tiempo lo cura todo"

Tabla 2: Frases para usar y para evitar en el duelo por muerte fetal. Fuente: Paloma, Martínez-Serrano, 2020; Umamanita y el Parto es Nuestro, 2009

## Anexo 2: Cajas de recuerdo de Umamanita para el uso en hospitales tras una muerte perinatal



Apoyo, sensibilización y humanización de la atención a la muerte y el duelo perinatal

### Tesoros para todo la vida



Según las buenas prácticas tras una muerte perinatal, aquella que se produce entre la semana 14 y el embarazo a término o poco después del nacimiento, es fundamental ofrecer a madres y padres la posibilidad de guardar objetos como recuerdo del bebé o de su paso por el hospital.

En esta página, exponemos nuestro proyecto de preparación y entrega de cajas de recuerdo para su uso en hospitales.

### La importancia de los recuerdos tangibles y las fotografías

El apego maternal y paternal empieza muy temprano durante el embarazo. La identidad social, tanto de la madre y el padre como del bebé, empieza a formarse durante las interacciones con la familia, en la comunidad y con el personal sanitario.

Así, durante el embarazo, es habitual referirse a "mamá y papá", las ecografías se han convertido en rituales sociales y muchas familias se preparan con antelación, por iniciativa propia o porque se las anima a hacerlo, con la compra de la cuna y el carrito, cambiando de coche, casa etc., todo por y para el/la bebé que viene.

“Os toca hacer en 24 horas lo que otros padres hacen en toda una vida”

Matrona a los padres de Malen

Cuando ese bebé fallece, todo cambia. Las madres y padres suelen experimentar un dolor profundo y prolongado en el tiempo. Sin embargo, la sociedad le suele restar importancia: sus identidades de mamá y papá en relación con el/la bebé que falleció no se reconocen, su duelo es negado o desautorizado y carecen del apoyo social necesario para un proceso de duelo normal.

Ayudar a madres y padres a guardar recuerdos físicos (fotografías, huellas de manos y pies, un mechón de pelo, etc.) **es una de las buenas prácticas recomendadas en las guías de actuación más reconocidas.**

Estos recursos pueden ayudar a la familia en el proceso de duelo, a mantener una conexión con su hijo o hija y a darle una identidad social en su entorno comunitario y familiar.

Es cierto que, en España, existen barreras culturales que influyen en cómo los profesionales sanitarios e, incluso, en cómo las familias acogen la práctica de la creación de recuerdos. No obstante, las evidencias que tenemos de las experiencias de las familias y los profesionales en España con estas prácticas son muy positivas.

Por otra parte, muchas de las familias que salen sin ningún recuerdo físico o solo con uno, vuelven al hospital a buscar fotos que, en la mayoría de los casos, solo se tienen de la autopsia, así como huellas, ecografías, etc.

**Implementar un proyecto de cajas de recuerdo en su hospital puede ayudar a que todas las familias tengan las mismas posibilidades** de que su hija o hijo fallecido forme parte de su narrativa como madre, padre, hermano/a, abuelo/a, etc., que forme parte de su familia y que la sociedad lo acepte como tal, siempre y cuando la familia quiera y de la manera que quiera.

## Las Cajas de Recuerdo de Umamanita

Para ayudar a fomentar la práctica de ofrecer objetos de recuerdo y fotografías a madres y padres en los hospitales españoles, en Umamanita hemos creado nuestras propias cajas de recuerdo, compuestas de objetos, recursos y folletos informativos.



De izq a drch: Peluches, Huella del pie hecho con arcilla, Haciendo huellas con las toallitas sin tinte. Fotos: Norma Grau

Lo que se pretende conseguir con las cajas de recuerdo, no es que las familias salgan del hospital con "al menos" un recuerdo, sino que se lleven el máximo número de recuerdos que deseen.

Las Cajas de Recuerdo de Umamanita tienen una dimensión de 40 cm x 30 cm x 8 cm y contienen documentos informativos y objetos que ayudarán a aprovechar el tiempo que las madres y padres elijan pasar con su bebé, para cuidar de él/ella y crear recuerdos.

### Objetos de recuerdo y recursos en las cajas:

- **Manta y gorrito tejido a mano por voluntarias;** existen dos tamaños de manta, un saquito para bebés pequeños o una manta cuadrada para bebés más grandes.
- Un **pañal**
- **Dos ositos de peluche** pequeños que podrán acompañar al bebé mientras esté con sus padres; uno puede dejarse con el/la bebé y el otro puede llevarse a casa
- **Dos colgantes de mariposa y estrella**
- **Un kit de toallitas sin tinta para hacer huellas**, con su hoja explicativa sobre el uso de las toallitas, para que los padres, con ayuda del personal hospitalario, puedan hacer huellas de las manitas y los pies de su bebé

- Arcilla blanca para hacer huellas
- Una velita led

#### La documentación para la familia incluye:

- **Información sobre Umamanita** y grupos de apoyo locales
- Un **certificado de nacimiento** (sin validez legal) con el objetivo de reconocer la vida única e irrepetible del bebé que ha muerto
- **Folleto informativo** sobre el duelo, cómo crear recuerdos, la subida de leche, la autopsia, etc. y sobre la caja en sí
- Folletos informativos sobre los **cuidados de su bebé en la UCIN**
- Un sobre con la dirección de Umamanita y una tarjeta con algunas preguntas sobre la caja (comentarios para ayudarnos a mejorar la experiencia) que la familia puede enviar más adelante

## Folleto explicativo

Haz clic en la imagen para descargar el folleto (se puede difundir sin permiso)

**RECUERDOS PARA TODA LA VIDA**

**LA CAJA DE TU BEBÉ CONTIENE:**

Una manta hecha a mano especialmente para tu bebé.

Dos ositos de peluche, uno para estar con tu bebé y otro para estar contigo. Cuando te despidas de tu bebé, si quieres, puedes intercambiar los peluches.

Un corazón o mariposa hecha a mano por otras madres o padres que han pasado por lo mismo que tú.

Arcilla y tinta para hacer huellas de sus pies o manos.

Un pañal.

Un bote de bálsamo para labios. Si tu bebé ha nacido sin vida, ayudará a que sus labios no se vuelvan más oscuros. También puedes usarlo para tus labios.

Dos colgantes en forma de estrella.

Folleto con información que esperamos que te sea de ayuda.



Un certificado de nacimiento. Si tu bebé murió antes de nacer, no podrá figurar en el libro de familia. Por eso hemos creado este certificado de nacimiento. En él también puedes anotar el peso y la longitud de tu bebé.

Algunos bebés nacen con pelo. Por ello hemos incluido en la cajita de los colgantes una bolsita para guardar un mechón de pelo. Pide al equipo un poco de celo para juntar el pelo.

#### MOMENTOS ÚNICOS

Este es tu momento de ejercer de mamá, papá, hermano/a, abuelo/a. Todo lo que te apetece hacer está bien: vestir, bañar, dar un paseo, cantar a tu bebé, hacer fotos... Todo es normal.

Dependiendo del tamaño de tu bebé, será más o menos fácil hacer algunos recuerdos que hemos comentado, pero aun en bebés muy pequeños o prematuros es posible hacer recuerdos.

*“Nos tocó hacer en 24 horas lo que otras familias pueden hacer durante toda una vida.”*

Si habías comprado ropa para tu bebé, puedes pedir a un familiar que te la traiga desde casa. Si no tenías ropa, el hospital suele disponer de algo. Preguenta al equipo.

También puedes pedir al equipo el brazaletе identificativo de tu bebé.

Si decides hacer huellas con tinta, te recomendamos hacer muchas. El equipo tendrá tinta de colores y cartón. Sin embargo, las huellas en negro son mejores para hacer impresiones o tatuajes más adelante.

Si tienes más hijos, puedes hacer las huellas de todos/as junto a las de tu bebé.

Hacer fotos es una manera de poder recordar cómo era tu bebé. Hemos incluido un folleto sobre cómo hacer fotos de tu bebé.



## Pide cajas de recuerdo para tu hospital

Las cajas están a disposición de los hospitales. Si en tu hospital estáis interesados en empezar a usar las cajas de recuerdo o si quieres más información, escríbenos a [info@umamanita.es](mailto:info@umamanita.es)

## Colaborar en la confección de materiales para las cajas de recuerdo

Si te gustaría colaborar en la elaboración de materiales para las cajas de recuerdo, como tejer mantas, puedes encontrar más información [aquí](#).

## La situación actual en España

Según el Informe Umamanita publicado en 2018, la mayoría (69 %) de las familias que sufren la muerte de su bebé durante el embarazo sale de los hospitales españoles sin objetos de recuerdo. La asistencia sanitaria relacionada con los recuerdos y objetos es el aspecto peor valorado, incluso en los hospitales con una buena valoración asistencial general. El 88,3% de las familias calificó la información recibida sobre recuerdos físicos de 'inexistente' o 'escasa' y tan solo el 11,7 % contestó que había recibido bastante información.

Asimismo, se observan grandes diferencias entre Comunidades Autónomas, localidades y hospitales donde tienen lugar las muertes e, incluso, entre profesionales sanitarios. En general, la práctica de ofrecer la opción de crear recuerdos todavía está en una fase incipiente.

Cuando estos datos se comparan con otros países de rentas altas, podemos ver una gran diferencia en cuanto a lo que se les ofrece a las familias para ver y crear recuerdos de su hija o hijo fallecido.

Sin embargo, sobre todo en los dos o tres últimos años, se han observado cambios en lo que respecta a ofrecer a las familias la posibilidad de ver y estar con su hija o hijo fallecido y crear recuerdos. Estos cambios son el resultado del trabajo de organizaciones de apoyo, profesionales sanitarios sensibilizados y madres y padres que, cada vez más, piden tener estas opciones.

Debido a esta leve mejora, hemos podido ver el efecto de los recuerdos físicos en los últimos años: cuando el personal sanitario sigue las recomendaciones de buenas prácticas y ofrece información y apoyo para fomentar el contacto con el/la bebé, el porcentaje de madres y padres con al menos un recuerdo aumenta sustancialmente.