

Trabajo de final de grado

**GRADO DE ENFERMERÍA**

Escuela Universitaria de Enfermeria  
Universidad de Barcelona

---

**EVIDENCIA CIENTÍFICA SOBRE LAS INTERVENCIONES  
ENFERMERAS EN LA PÉRDIDA PERINATAL**

---

Nadia Rojas Martin

Tutora: Carmen López

Ámbito docente: Salud Comunitaria

Curso académico 2016-17



UNIVERSITAT DE  
BARCELONA

'i) EU d'Infermeria

## AGRACEDIMIENTOS

Me gustaría agradecer a mi tutora, Carmen López, por haber guiado este trabajo. He tenido el gran privilegio de realizar el último trabajo de fin de grado que ha tutorizado, después de tantos años como docente. Espero que disfrute enormemente esta nueva etapa que iniciará.

También he de recordar a todos los familiares y amigos, que me han apoyado y animado en esta recta final. En especial a mis padres, ya que ellos vivieron lo que es ir al hospital y que te den esa cruda noticia, el bebé ha fallecido.

Y a Victor, al que le teníamos preparada una vida llena de amor y cariño, pero su corazón se detuvo antes de llegar. A todos esos pequeños, que no nacieron, pero que vivirán eternamente en el corazón de sus padres.

*“Cuando se muere un padre, uno pierde su pasado; Cuando se muere un hijo, uno pierde su futuro”*

## RESUMEN

**Introducción:** El embarazo, en general, es un momento de felicidad. Pero en algunas ocasiones el personal sanitario se encuentra una situación poco habitual, un fallecimiento perinatal. Los enfermeros debemos de estar preparados para atender a estos padres intentando que la situación sea lo menos traumática posible, saber prepararlos, aliviar el sufrimiento y evitar que la situación derive en futuras patologías. Para ello debemos de tener herramientas y protocolos que nos sirvan de guía y nos orienten como profesionales.

**Objetivo principal:** Identificar que evidencia existe en relación a las intervenciones enfermeras en la pérdida perinatal.

**Metodología:** Revisión bibliográfica. Se realizó una búsqueda en las bases PubMed, Cochrane, Cuidatge, SinceDirect, Cuiden, y Proquest.

**Resultados:** Fueron seleccionados y analizados 12 artículos.

**Discusión:** Necesidades de la mujer: Es un ser biopsicosocial, por lo que no podemos dejar de lado la familia, que también sufre la pérdida. Sentimiento de maternidad perdida, puerperio sin bebé y de incredulidad. Intervención equipo/enfermero: Guiar y acompañar durante el proceso, seguimiento y grupos de apoyo. Creación de momentos: La toma de contacto con el bebé, sostenerlo en brazos, hacerle fotos, tomar una huella o guardar un mechón dieron resultados muy beneficiosos para los padres.

**Conclusiones:** La enfermera es muy importante en el proceso de pérdida fetal. Las necesidades de la mujer y su familia vienen determinadas por las complicaciones a nivel físico pero también a nivel psicológico, espiritual, social... Una buena actuación del personal sanitario es vital para el proceso de duelo. Escucha activa y orientación son básicos para un buen manejo. La creación de momentos, el poder ver y sostener al bebé en brazos inicia un camino hacia la aceptación.

**Palabras clave:** Exitus fetal, perinatal, enfermería, embarazo, duelo, dolor.

## ABSTRACT

**Background:** Pregnancy is a moment of happiness. But in some cases the medical staff finds an unusual situation, a perinatal death. Nurses must be prepared to care for these parents by trying to make the situation as less traumatic as possible, to know how to prepare themselves, to alleviate their suffering and to prevent the situation from arising in future pathologies. For this reason we must have tools and protocols to guide ourselves as good professionals.

**Objectives:** Identify which evidences exists in relation to nurses interventions in perinatal loss.

**Method:** Literature review. A search was made at the data bases of PubMed, Cochrane, Cuidatge, SinceDirect, Cuiden, and Proquest.

**Results:** There were selected 12 articles.

**Discussion:** Women's needs: She is a biopsychosocial, so it can't leave aside the family, which also suffers this loss. Feeling of lost maternity, puerperium without baby and unbelief. Team / nurse intervention: Guiding and accompanying during the process, support and support groups. Creating Moments: Contact with the baby, holding him or her in the arms, taking pictures, taking a fingerprint or keeping a lock, originated very beneficial results for the parents.

**Conclusion:** The nurse is very important in the process of fetal loss. The needs of the woman and her family are determined by the complications on a physical level as in other levels like psychological, spiritual, social... A good performance of the health personnel is vital for the grieving process. Active listening and guidance are basic to good management. The creation of moments, being able to see and hold the baby in arms starts a path towards acceptance.

**Key words:** Stillbirth, perinatal, nurse, pregnancy, grief, pain.

## ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN .....	1
2. OBJETIVOS .....	3
3. METODOLOGÍA.....	4
<b>3.1 Identificación de las bases de datos y fuentes documentales.....</b>	<b>4</b>
<b>3.2 Definición de las palabras claves y los descriptores booleanos. ....</b>	<b>5</b>
<b>3.3 Criterios de inclusión/exclusión .....</b>	<b>6</b>
<b>3.4 Realización de las búsquedas en las bases de datos.....</b>	<b>7</b>
<b>3.5 Gestores bibliográficos y organización de los documentos .....</b>	<b>9</b>
<b>3.6 Información seleccionada y dimensiones analizadas.....</b>	<b>9</b>
4. RESULTADOS .....	10
<b>4.1. Aspectos bibliométricos de los artículos seleccionados. ....</b>	<b>21</b>
6. CONCLUSIONES.....	27
7. PLAN DE DIFUSIÓN .....	30
8. BIBLIOGRAFÍA.....	31

## 1. INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud, en el mundo mueren al año aproximadamente 5,3 millones de niños; 2,6 de ellos nacen sin vida y 2,7 al poco de nacer.<sup>0</sup> En Europa no es un hecho habitual pero si prevalente.<sup>2</sup> Las causas son muy diversas y es una tarea muy importante la prevención, pero una vez sucede es imprescindible un buen manejo. La muerte fetal ha sido descrita como una *fusión paradójica de la vida y la muerte*, y esta experiencia está asociada con una mayor incidencia de la ansiedad, la depresión y el trastorno de estrés post-traumático en madres, padres, hermanos y abuelos.<sup>3</sup>

Vivimos en una sociedad que le da la espalda a la muerte. Ni en la escuela ni en la mayoría de hogares, se nos proporcionan herramientas para asumir el duelo que comporta una pérdida, no nos dedicamos a escucharnos ni a sentir nuestro dolor, ni el ajeno. Nos suele avergonzar el sufrimiento, admitirlo y compartirlo. Vivir la muerte de un hijo es un hecho antinatural que supone un fuerte impacto y lo frecuente es pasar días en estado de shock e incredulidad.<sup>2</sup>

La angustia emocional y el dolor se intensifican aún más debido a que hay poco consenso de las normas sociales cuando un bebé nace sin vida. En consecuencia, la muerte fetal en ocasiones provoca aislamiento social.<sup>3</sup> En la serie de “Stillbirth 2016” publicado en the Lancet, se hizo énfasis en las consecuencias por el estigma social y en la atención prestada a los padres por parte del personal sanitario.

Para poder entender lo que es una pérdida perinatal, debemos saber qué periodo comprende. Existen tres tipos de clasificaciones; El periodo perinatal I engloba de la 28ª semana de gestación a los 7 días de vida. El periodo perinatal II se considera desde la 22ª semana de gestación hasta los primeros 7 días de vida. El periodo perinatal III o ampliada, abarca desde la 22ª semana de gestación hasta los 28 días de vida. En el caso de la OMS, la clasificación más recomendada sería la tipo I.<sup>4, 5, 6</sup>

Las familias que sufren esta pérdida deben de oír frases tales como “Ya tendrás otro”, “Mejor que haya fallecido en la barriga que no a los meses de vida”, “Tienes que olvidarlo”. Sin mala intención, pero con una gran falta de empatía por parte de la sociedad. Puede que en el futuro esa familia tenga otro bebé, pero han sufrido el fallecimiento de un hijo y eso es un hecho muy doloroso.<sup>6</sup>

Llama la atención cómo nuestra cultura considera la muerte un tema tabú, pero más aún cuando se trata de muerte perinatal y neonatal. En España hasta hace poco no se permitía reconocer al hijo o hija que moría antes de las 24 horas de vida, en el Registro Civil, no se le llama por su nombre o se le quitaba importancia a la pérdida animando a lograr un nuevo embarazo lo antes posible.<sup>5</sup>

Es importante destacar que la Ley 20/2011, del 21 de julio, del Registro Civil en España otorga la posibilidad a los progenitores de un bebé ,que fallece antes o durante el trabajo de parto, ser registrado sin efectos legales, pero pudiendo serle otorgado un nombre.<sup>7</sup> A nivel laboral según el Real Decreto 295/2009, del 6 de marzo, por el que se regulan las prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social por maternidad y paternidad, se establece que las gestantes con defunción del hijo, después de permanecer en el vientre materno al menos durante 180 días, pueden solicitar la prestación de baja maternal en todos los supuestos, haya nacido con vida o no. El tiempo establecido será de 16 semanas, excepto en un parto múltiple, en el que será de 18 semanas, independientemente del número de hijos fallecidos. La Ley en este caso no ampara al padre, ya que sólo se le otorgan los 13 días, 15 días en un parto múltiple y 20 días en caso de discapacidad o familia numerosa, pero siempre que nazca con vida.<sup>8</sup>

Antaño en España, había una gran tendencia a intentar esconder y callar cualquier detalle que indicara que un bebé había nacido sin vida o había fallecido a las horas,

pensando que eso era lo mejor para el bienestar de las familias. Lentamente, esta tendencia va cambiando.<sup>5</sup> Uno de los retos que plantea el Plan de Salud de Cataluña 2016-2020 es ofrecer una atención social y sanitaria más integral e integrada. Es muy importante encontrar las líneas estratégicas que definan la atención sanitaria accesible y resolutive para poder dar respuesta a esta necesidad de atención. Enfermería tiene un rol crucial e importante a desempeñar, el cual implica desarrollar una serie de conocimientos y ser consciente de para qué son realizadas las acciones y si realmente son beneficiosas para los pacientes, y en definitiva poder orientar y guiar en el cuidado a la mujer y a su familia en la pérdida.<sup>3</sup>

## 2. OBJETIVOS

### 2.1 Objetivo general:

- Determinar las intervenciones enfermeras en el proceso de pérdida perinatal.

### 2.2 Objetivos específicos:

- Identificar los cuidados que favorecen la recuperación a nivel psicológico de la gestante y de su pareja, antes y después de la expulsión del feto.
- Determinar las características de las intervenciones y de qué manera se llevan a cabo.
- Describir las experiencias de las familias y las expectativas de las mismas en relación a los cuidados.

### 3. METODOLOGÍA

La metodología empleada para realizar la búsqueda bibliográfica ha constado de los siguientes pasos: 3.1 Identificación de las bases de datos y fuentes documentales, 3.2 Definición de las palabras claves y descriptores booleanos que usaremos, 3.3 Establecer criterios de inclusión/exclusión, 3.4 Realización de las búsquedas en las bases de datos.

#### 3.1 Identificación de las bases de datos y fuentes documentales.

Las principales bases de datos donde se ha realizado la búsqueda de este trabajo son: PubMed Medline, Cochrane Library, Cuidatge, Science Direct, Cuiden y Proquest. Figura 1:

Base de datos	Descripción
Pubmed medline	Desarrollado por el National Center for Biotechnology Information (NCBI) en la National Library of Medicine (NLM) de Estados Unidos.
Cochrane Library	La colaboración Cochrane es un organismo sin ánimo de lucro, cuyo fin es preparar y diseminar revisiones sistemáticas y actualizadas, a fin de guiar las decisiones en la atención sanitaria.
Cuiden	Base de datos de la Fundación Index. Incluye la producción científica de la enfermería española e iberoamericana sobre cuidados de salud.
Science Direct	Alberga más de 3.800 revistas, más de 35.000 libros y más de 14 millones de publicaciones revisadas de Elsevier.

Proquest	El National Institute for Health and Care Excellence (NICE), trabajando en colaboración y en nombre de Health Education England, firmó una licencia nacional durante tres años con ProQuest para proporcionar acceso a una variedad de bases de datos en ciencias de la salud.
Cuidatge	Fue crea por CRAI Campus Cataluña de la Universidad Rovira i Virgili. Con el propósito de dar a conocer la producción científica en el ámbito de la enfermería. Actualmente dispone de 50.000 registros.

Figura 1. Descripción de las bases de datos

### 3.2 Definición de las palabras claves y los descriptores booleanos.

Las palabras utilizadas para la búsqueda han sido:

-Sin descriptores: Stillbirth, perinatal death, nurse, nursing care, grief. El booleano usado ha sido AND para poder localizar más palabras dentro de la misma búsqueda. Se ha utilizado un asterisco (\*) para englobar todas las palabras de la misma familia en nurse y en stillbirth, y también se ha utilizado las comillas (") en perinatal death, perinatal loss y nursing care, para considerar dos palabras como un solo término.

-Con MeSH: Stillbirth (con y sin subheading: nursing care), Perinatal Death (subheading: nursing), Nursing, Perinatal loss, Grief.

### 3.3 Criterios de inclusión/exclusión

Debido a la carencia de artículos del tema a tratar, se ha tenido que ampliar la búsqueda a 10 años atrás, para poder recopilar más información. Se ha excluido las interrupciones voluntarias del embarazo. También han sido excluidas las pérdidas de menos de 22 semanas de gestación, puesto que se ha considerado sólo el término perinatal, pero siendo conscientes que la pérdida previa también se debe de tener en cuenta en la práctica y también son necesarias líneas de investigación. Ha sido seleccionada dentro de la clasificación perinatal la tipo II, ya que nos ampliaba el período y no limitaba tanto la búsqueda como la recomendada por la OMS. Se han resumido los criterios de inclusión/ exclusión en la siguiente figura (Figura 2).

INCLUSIÓN	EXCLUSIÓN
Estudios publicados en los últimos 10 años.	Artículos que se centren en el duelo en la pérdida en edad pediátrica o en el adulto.
Estudios realizados en humanos.	Estudios sobre la pérdida posterior a los 7 días de vida.
Idiomas: Castellano, Catalán, Inglés e Italiano.	Artículos que traten sobre la experiencia emocional del personal sanitario.
Estudios que hablen del duelo por muerte perinatal, el fallecimiento ocasionado por cualquier enfermedad o accidente. Previo o durante el parto.	Estudios sobre la pérdida previa a las 22 semanas de gestación o de peso menor a 500gramos.
Estudios que hablen de la muerte perinatal.	Estudios que hablen de la interrupción voluntaria del embarazo.

Figura 2. Criterios de inclusión/exclusión.

### 3.4 Realización de las búsquedas en las bases de datos

La primera búsqueda se realizó en la base de datos Pubmed, con y sin descriptores MeSh, obteniendo los resultados que aparecen en la Figura 3.

La búsqueda obtenida en Cochrane Library fue empleando las palabras “*Perinatal loss*” AND *Grief* y aplicando los límites de los últimos 10 años de publicación, no fue seleccionado ningún artículo.

En la base de datos de ScienceDirect, fueron seleccionados 5 artículos para la revisión bibliográfica que aparecen en la Figura 4.

Por lo que se refiere a búsquedas realizadas en la base de datos de Cuidatge con las palabras Stillbirth AND Nursing Care y Perinatal loss AND Nursing Care, no se seleccionó ningún artículo.

En Cuiden se realizó la búsqueda de “*Perdida perinatal*” AND *enfermería* y no fue seleccionado ningún artículo.

Por último, en la base de datos Proquest, se encontraron 240 artículos con las palabras grief AND stillbirth fue seleccionado un artículo.

Algunos artículos, fueron derivados a partir de la bibliografía de otros artículos, cumplieron los requisitos y se exponen como seleccionados manualmente.

Búsquedas realizadas a las bases de datos PubMed.	Límites aplicados	Número de artículos encontrados	Número de artículos asociados seleccionados manualmente	Número de artículos seleccionados
MeSH: “Perinatal Death” AND MeSH: “Nursing	Ninguno	4	0	0

care “				
MeSH: Stillbirth AND MeSH subheading: Nursing	-Species: Humans -Publication dates: 10 years	20	0	0
MeSH: Stillbirth AND MeSH: Nursing	-Species: Humans -Publication dates: 10 years	96	1	2
MeSH: Stillborn AND MeSH: Grief	-Species: Humans -Publication dates: 10 years	109	0	3
Perinatal loss	-Species: Humans -Publication dates: 10 years	973	0	1

Figura 3. Búsquedas realizadas en la base de datos de Pubmed.

Búsquedas realizadas a las bases de datos PubMed.	Límites aplicados	Número de artículos encontrados	Número de artículos asociados seleccionados manualmente	Número de artículos seleccionados
MeSH: Perinatal death AND MeSH nurse	-Species: Humans -Publication dates: 10 years	0	0	0

Stillbirth AND grief AND nurse	-Species: Humans -Publication dates: 10 years	150	1	2
MeSH: Perinatal loss AND nurse	-Species: Humans -Publication dates: 10 years	48	1	1

Figura 4. Búsquedas realizadas en Science Direct.

### 3.5 Gestores bibliográficos y organización de los documentos

El principal gestor bibliográfico utilizado ha sido Mendeley, los artículos han sido organizados en carpetas según la base de datos que se ha utilizado.

### 3.6 Información seleccionada y dimensiones analizadas

Todos los artículos seleccionados para realizar la revisión bibliográfica, hablan del duelo en la pérdida perinatal.

Las principales variables a analizar han sido:

- Las necesidades de los padres en situación de pérdida perinatal.
- Las intervenciones del personal sanitario que son beneficiosas a corto y/o largo plazo.
- La comunicación de la enfermera con los progenitores.
- Efectos que puede tener el ver y sostener en brazos al bebé fallecido, realizar un baño, vestirlo o hacerse fotos con él.
- Las intervenciones enfermeras a nivel de atención primaria.

## 4. RESULTADOS

De los 15 artículos seleccionados, sólo 12 de estos se incluyeron en la revisión, siendo presentados y analizados en la tabla que se muestra a continuación. (Figura 5):

Nombre del artículo, autores, revista año y país.	Tipo y diseño	Sujeto y ámbito	Variables	Resultados/Conclusiones en relación a las variables de estudio
<p><b>Bereaved parents' experience of stillbirth in UK hospitals.</b> Downe S, Schmidt E, Kingdon C, Heazell AE. BMJ Open. 2013. United Kingdom.</p> <p>(referencia 9)</p>	<p>Artículo original. Estudio cualitativo; Descriptivo</p>	<p>22 familias participaron, Habían sufrido el fallecimiento de un hijo entre la semana 24-42 de embarazo.</p> <p>-Ámbito hospitalario</p>	<p><b>Las variables analizadas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Necesidades de los padres.</li> <li>-Procedimientos del personal.</li> <li>-Interacción del personal con los padres.</li> <li>-Creación de momentos con el hijo fallecido.</li> </ul>	<p><b>Las necesidades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-En el estudio se revela un gran sentimiento de lo que podría haber sido, la pérdida de la alegría y de la paternidad. Durante el proceso, necesitan un trato de respeto y participación.</li> </ul> <p><b>Creación de momentos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Refirieron sentir un gran amor y alivio, tras ver al bebé.</li> <li>-Dijeron ser de gran importancia tener un mechón de cabello, una fotografía o una huella, e identifican como la mejor intervención que puede realizar el profesional sanitario.</li> <li>-Como positiva consideran dar la opción al padre de cortar el cordón umbilical en el momento del parto, lavarlo y vestirlo.</li> <li>-Se menciona mucho la situación de que todos los implicados, incluyendo personal sanitario, sólo tienen una oportunidad de hacerlo bien, ya que es un momento fugaz.</li> </ul> <p><b>Intervención del equipo/enfermera:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Destacan la necesidad de informar y guiar en este proceso</li> </ul>

				<p>de manera asertiva, llegando a persuadir a los padres que decidan no entrar en contacto con el hijo fallecido. En la investigación los resultados de no persuasión, son identificados por los padres como nocivos. Refieren como algo bueno el ser persistente ofreciendo la posibilidad de crear recuerdos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Proporcionar intimidad y un ambiente tranquilo.</li> <li>-Utilizar el nombre del bebé cuando se hable de él.</li> <li>-Tratamiento respetuoso con el bebé en todo momento.</li> <li>-La opción de verlo y pasar momentos con él, debe de estar presente mientras estén en el hospital, y hasta que se realice el entierro.</li> <li>- Es importante advertir de los cambios que suceden en el cuerpo del bebé post-mortem.</li> <li>-Informar sobre la supresión de la lactancia, cómo registrar el nacimiento del bebé y cómo organizar los trámites de la defunción.</li> </ul>
<p><b>Women's perceptions of Nurse and Midwives' caring behaviours during perinatal loss in Lilongwe, Malawi: An exploratory study.</b> Simwaka AN, de Kok B, Chilemba W. Malawi medical</p>	<p>Artículo original. Estudio cualitativo; Descriptivo</p>	<p>Se incluyeron 20 mujeres de 10 aldeas distintas que habían sufrido una pérdida perinatal en los últimos dos años.</p> <p>-Ámbito</p>	<p><b>Las variables analizadas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-La respuesta de las mujeres a la pérdida.</li> <li>-La atención recibida por parte de enfermería.</li> <li>- Las expectativas de los cuidados de enfermería de las mujeres.</li> <li>-Cómo hacer frente a la pérdida.</li> </ul>	<p><b>Las necesidades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-En un país con pocos medios económicos, en el cuál se asocia la causa del fallecimiento a falta de medios sanitarios. Muchas mujeres consideran las muertes de sus hijos resultados de negligencias y/o falta de recursos.</li> <li>-Necesidad de tener a alguien físicamente al lado de ellas en el momento, no sentirse solas ante esa situación.</li> </ul> <p><b>Intervención del</b></p>

<p>journal. 2014. Malawi.</p> <p>(referencia 10)</p>		<p>hospitalario</p>		<p><b>equipo/enfermera:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Apoyo emocional y escucha activa, como algo beneficioso para la mujer.</li> <li>-Muchas de ellas refieren que se sintieron en situación de abandono por parte de los enfermeros y médicos.</li> <li>-Algunas mujeres mostraron insatisfacción por un trato descuidado, frío e impersonal.</li> <li>-Decepción ante un trato institucionalizado e interacción mecánica.</li> <li>-Más de la mitad refieren falta de información por parte del personal.</li> </ul> <p><b>Creación de momentos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-No se baraja esta posibilidad.</li> </ul>
<p><b>The Role of Healthcare Professionals in Encouraging Parents to See and Hold Their Stillborn Baby.</b> Carol Kingdon, Emer O'Donnell, Jennifer Givens, Mark Turner. PLoS ONE. 2015. United Kingdom.</p> <p>(referencia 11)</p>	<p>Artículo original. Estudio cualitativo; Metasíntesis</p>	<p>Se incluyeron 12 documentos, que incluyen 333 padres (156 mujeres, 150 hombres y 27 parejas) de seis países, que sufrieron la pérdida de un embarazo avanzado.</p> <p>-Ámbito hospitalario</p>	<p><b>Las variables analizadas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Rol del profesional sanitario.</li> <li>-Intervención y comunicación del personal sanitario con la familia.</li> <li>-Necesidades de los progenitores durante el proceso.</li> <li>-Creación de momentos.</li> </ul>	<p><b>Las necesidades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Una relación basada en la confianza hacia el profesional sanitario.</li> <li>-Gestión activa en la que el profesional valora la situación y actúa de forma individualizada en cada caso.</li> </ul> <p><b>Intervención del equipo/enfermera:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Es importante proporcionar Información, apoyo y exposición de las opciones que tendrán, previo a la toma de decisiones. Respetando el tiempo que necesiten.</li> <li>-Los padres valoran positivamente la información y orientación de cómo ver y tratar al bebé fallecido y cómo será el color, la temperatura y el tacto y cómo cambiaran, cosa que suele producir incertidumbre y miedo.</li> <li>-Guiar sobre la realización de</li> </ul>

				<p>fotos para que lo vean los abuelos y/o hermanos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Tratar al bebé como se haría con un bebé vivo, llamándolo por su nombre y respetándolo.</li> <li>-Donde los padres expresan una preferencia inicial de no ver a su bebé, debe ser revisada en las primeras horas después del nacimiento.</li> <li>-El profesional debe reconocer sobre la gravedad de la pérdida humana.</li> </ul> <p><b>Creación de momentos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Resultó como algo positivo, ver y sostener al hijo.</li> <li>-Permitió la unión entre los progenitores y el bebé y reforzó la existencia de éste.</li> <li>-La ausencia de memorias y recuerdos puede dar lugar a dificultades en el duelo.</li> <li>-Muchos padres manifestaron la necesidad de más tiempo con el niño y de cómo no se les permitió.</li> </ul>
<p><b>Mothers' experience of their contact with their stillborn infant: an interpretative phenomenological analysis.</b></p> <p>Ryninks K, Roberts-Collins C, Mckenzie McHargk, Horsch A. BMC Pregnancy and Childbirth. 2014. Suiza.</p>	<p>Artículo original. Análisis cualitativo; Explorativo fenomenológico</p>	<p>Entrevistas a 21 madres, 3 meses después de la muerte fetal. Todas las mujeres habían visto a su bebé muerto y 19 (90,5%) lo sostuvieron.</p> <p>-Ámbito hospitalario</p>	<p><b>Las variables analizadas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Proceso de la toma de decisión.</li> <li>-Temor y aprensión de ver el cadáver del bebé.</li> <li>-Características del contacto.</li> <li>-Experiencia emocional.</li> </ul>	<p><b>Las necesidades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Tener contacto con el bebé, en muchos casos, facilita la realización y la aceptación.</li> <li>-Sentimiento de orgullo maternal.</li> </ul> <p><b>Creación de momentos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-En la mayoría de madres resultó algo positivo entrar en contacto con el bebé, reduciendo el riesgo de la mujer de padecer problemas de salud mental.</li> <li>-En algunos casos en los que el cuerpo estaba deteriorado, refieren como una experiencia negativa.</li> <li>-Las madres que no los cogieron en brazos manifestaron</li> </ul>

<p>(referencia 12)</p>				<p>arrepentimiento. <b>Intervención del equipo/ enfermero:</b> -Apoyar firmemente la decisión de verlo o sostenerlo. -Explicar las opciones y los beneficios. -Explicar los cambios que pueden suceder en el cuerpo post-mortem, pero sin alarmar ni incrementar el miedo de la mujer.</p>
<p><b>A technology of care: Caregiver response to perinatal loss.</b> Deborah Davidson. Women's Studies International Forum. 2008. Canadá.</p> <p>(referencia 13)</p>	<p>Artículo original. Cualitativo; Teoría fundamentada</p>	<p>Se realizaron 35 entrevistas a personas implicadas en el duelo perinatal (en su mayoría enfermeras pero también médicos, trabajadores sociales y padres)</p> <p>-Ámbito hospitalario</p>	<p><b>Variables analizadas:</b> -Mediación entre la alta tecnología y la necesidad social-emocional. -Intervenciones favorables para el contacto y la despedida familia-bebé.</p>	<p><b>Necesidades de la familia:</b> -Refieren la necesidad de tener a un cuidador que le de soporte emocional, algo que no pueden reemplazar las máquinas. -Poder expresar lo que sienten. -Los profesionales comentan como habitual la necesidad de los padres de ver al bebé y poder despedirse de él. -Que se le reconozca la pérdida y que se respete el duelo, por parte del resto de la familia, amigos y del personal. <b>Intervención del equipo/enfermero:</b> -Creación de protocolos basados en la evidencia e ir actualizándolos. -Actuar como seres humanos rodeados de tecnologías, sin olvidar que están tratando con personas. -Interacción, escucha activa y atención, teniendo en cuenta las necesidades psicosociales. -Favorecer el vínculo entre los integrantes de la familia y el bebé, respetando su intimidad. -Evitar acciones innecesarias con el único objetivo de no hacer partícipe a la mujer.</p>

				<p>-Facilitar información sobre los trámites que deben de llevar a cabo.</p> <p>-Proporcionar educación sanitaria.</p>
<p><b>Post-mortem examination after stillbirth: views of UK-based practitioners.</b> Soo Downea, Carol Kingdona, Rosey Kennedy, Hazel Norwella, Mary-Jo McLaughlin, Alexander E.P. Heazell, European Journal of Obstetrics &amp; Gynecology and Reproductive Biology. 2012. UK.</p> <p><i>(referencia 14)</i></p>	<p>Artículo original. Cualitativo; Descriptivo</p>	<p>Se realizó cuestionarios a 791 profesionales de obstetricia, respecto a la necropsia en el fallecimiento perinatal.</p> <p>-Ámbito hospitalario</p>	<p><b>Las variables analizadas:</b></p> <p>-Factores que influyen a la toma de decisión en la autopsia al feto.</p> <p>-Intervención del personal sanitario en cuanto al examen post-mortem</p> <p>-Predisposición de las familias en cuanto a la autopsia perinatal.</p>	<p><b>Necesidades de los padres:</b></p> <p>-Reino Unido se vio asolado por un caso de tráfico de órganos de cadáveres de niños y bebés, en el hospital público Alder Hey (Liverpool). Por lo que los padres de este país se muestran con más miedo y recelo. Y los profesionales sanitarios, lo identifican como una barrera con las familias.</p> <p>-En muchos casos, no se les dio la opción de realizar la autopsia y esto provocó incertidumbre y preocupación.</p> <p><b>Intervención del equipo/enfermero:</b></p> <p>-La toma de decisiones acerca de la autopsia después de la muerte del feto es consecuencia, en muchos casos, de la educación sanitaria y la formación del personal, recursos y la calidad de la información proporcionada.</p> <p>-Los profesionales refieren que es de gran dificultad tratar el tema, pero lo encuentran beneficioso para los padres. Se debe de informar a las familias, siempre dando la opción y nunca obligando.</p> <p>-Refieren que ni realizando el examen post-mortem en todos los casos se logra obtener unos resultados concluyentes.</p> <p>-Se encontró que un 40% de los encuestados, médicos y comadronas, no ofrecían este servicio.</p>

<p><b>Fatherhood and suffering: a qualitative exploration of Swedish men's experiences of care after the death of a baby.</b> Cacciatore J, Erlandsson K, Rådestad I. International Journal of Nursing Studies. 2013. Suecia.</p> <p>(referencia 15)</p>	<p>Artículo original. Análisis cualitativo; Explorativo descriptivo</p>	<p>Cuestionario a 131 padres (Sólo hombres) que habían sufrido una pérdida fetal después de la semana 22 del embarazo en algún momento desde el año 2000 hasta el 1 de abril de 2010.</p> <p>-Ámbito hospitalario</p>	<p><b>Las variables analizadas:</b> -Trato durante el proceso de pérdida perinatal. -Acciones que fueron nocivas para el padre. -Experiencia emocional del padre.</p>	<p><b>Necesidades del padre:</b> -Manifiestan que necesitaban sentirse partícipes de la situación y no relegados a un segundo plano, ya que también han perdido un hijo. -En ocasiones, sintieron que todos esperaban de él que fuese el fuerte, sin tiempo para superar su propio duelo. -Les proporciona ayuda el proceso de la creación de momentos y del trato con respeto hacia el hijo fallecido. <b>Intervención del equipo/enfermero:</b> -La mayoría de los padres se sintieron agradecidos por la atención centrada en la persona que se les proporciona por los proveedores después de la muerte perinatal. -Un 16% de los padres, sintió emociones negativas acerca de las formas en que fueron tratados después de la pérdida.</p>
<p><b>Parental grief and relationships after the loss of a stillborn baby.</b> Avelin, Rådestad, Säflund K, Wredling R, Erlandsson K. Midwifery. 2013. Suecia.</p> <p>(referencia 16)</p>	<p>Artículo original. Análisis cualitativo; Teoría fundamentada</p>	<p>Fueron entrevistadas 55 personas de Estocolmo; 33 madres y 22 padres que habían sufrido una pérdida perinatal. Entrevistas a los 3 meses, un año y dos años.</p>	<p><b>Las variables analizadas:</b> -Manera en la que afecta a la relación de pareja una pérdida fetal. Unión o distanciamiento. -Intervenciones del personal sanitario que favorecen la unidad de la pareja. -Expectativas y expresiones del duelo.</p>	<p><b>Necesidades de la pareja:</b> -La mayoría de parejas resultó salir mucho más unida que antes del fallecimiento. -Una minoría refirió sentirse más distanciada de su pareja. -En ocasiones uno de los dos se siente solo en el proceso o siente que el otro está viviendo el duelo de manera errónea, y esto provoca un distanciamiento. -Problemas en la pareja, cuando uno impone hablar sobre el bebé y el otro integrante de la pareja se niega a ello. -Se vive el duelo de manera</p>

		-Salud comunitaria		<p>individual y como pareja.</p> <p>-En muchos casos, existen otros hijos vivos que no deben de ser descuidados por la pareja, con necesidad de ser atendidos.</p> <p><b>Intervenciones del equipo/ enfermera:</b></p> <p>-El hecho de que cada uno viva de manera diferente el duelo, puede perjudicar la relación de pareja. Por lo que el profesional debe anticiparse a ello y explicar que es una situación compleja en la que tienen que respetar el proceso del otro, ya que un duelo no es peor que otro, sino que cada persona vive su propio proceso. Esto favorecerá el entendimiento entre la pareja.</p> <p>-En ocasiones, uno de los dos manifiesta mucho más el dolor y culpa al otro de no hacerlo. El profesional debe explicar que el duelo tiene muchas formas de expresión.</p> <p>-Ayudar a tomar las diferencias en el duelo como herramientas para fortalecer la pareja, y no distanciar.</p> <p>-Realizar terapia en la que los dos intervengan, será beneficioso en la mayoría de casos.</p>
<p><b>Social support: An approach to maintaining the health of women who have experienced stillbirth.</b></p> <p>Maryam Allahdadian, Alireza Irajpour, Ashraf Kazemi,</p>	<p>Artículo original. Análisis cualitativo; Descriptivo</p>	<p>15 mujeres que habían sufrido una pérdida fetal fueron entrevistadas</p> <p>-Salud comunitaria</p>	<p><b>Las variables analizadas:</b></p> <p>-Apoyo social en la pérdida fetal. -Apoyo por parte de la familia. -Apoyo del personal sanitario/ enfermero.</p>	<p><b>Necesidades de la mujer:</b></p> <p>-El apoyo y compañía de la pareja durante el proceso les ayudó en la prevención de problemas de salud mental. -El soporte de la familia es vital para que la mujer. -El conocer la causa del fallecimiento, por tanto realizar autopsia. Resultó beneficioso ya que redujo el estrés, la ansiedad</p>

<p>Gholamreza Kheirabadi. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research. 2015. Iran.</p> <p>(referencia 17)</p>				<p>y la incertidumbre.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Las indicaciones durante la pérdida resultaron vitales para la recuperación.</li> <li>-Refieren la necesidad de un seguimiento por parte del personal sanitario. Centros de salud donde se les guie en el duelo y se les de herramientas para llegar a la aceptación.</li> </ul>
<p><b>Perinatal Grief and Support Spans the Generations: Parents' and Grandparents' Evaluations of an Intergenerational Perinatal Bereavement Program.</b> Roose, Rosmarie E. MSN, RN; Blanford, Cathy R. Journal of Perinatal &amp; Neonatal Nursing. 2011. EEUU</p> <p>(referencia 18)</p>	<p>Artículo original. Análisis cualitativo experimental</p>	<p>Se realizó un programa de duelo perinatal, incluyendo a los abuelos y a los hermanos. Se realizaron encuestas a los participantes del grupo de apoyo y a no participantes.</p> <p>-Salud comunitaria</p>	<p><b>Las variables analizadas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Eficacia del programa</li> <li>-Importancia de los abuelos y los hermanos en el proceso.</li> <li>-Experiencia emocional de los abuelos y de los hermanos.</li> <li>-Satisfacción de los padres en relación a la participación de sus familiares.</li> </ul>	<p><b>Necesidades de los hermanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Resultó beneficiosa para los niños, a juicio de los padres, la participación de los hermanos durante el proceso.</li> <li>-Para la mayoría que pudieron ver al bebé fallecido, resultó útil.</li> <li>-Explicación y apoyo adaptados a la edad del niño.</li> <li>-Los padres que no incluyeron al resto de sus hijos en el proceso, les resultó difícil y muestran arrepentimiento.</li> <li>-El 100% de los padres que llevaron a sus otros hijos a los eventos conmemorativos anuales y caminatas, lo encontraron útil.</li> </ul> <p><b>Las necesidades de los abuelos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Resultó beneficioso sentirse partícipes del proceso.</li> <li>-La participación permitió favorecer el vínculo de los abuelos con los padres.</li> <li>-Apoyo en la pérdida de su nieto. Dualidad del duelo, por su nieto perdido y por su hijo que ha perdido un hijo.</li> <li>-Programas de duelo perinatal, tales como la costura o ayudando con los recuerdos, compartir poemas, el apoyo a otros abuelos, y/o trabajar en un jardín</li> </ul>

				<p>conmemorativo.</p> <p><b>Programa de apoyo en el duelo perinatal:</b></p> <p>-La encuesta evaluó la inclusión de la familia en las visitas al hospital, la conservación y el cuidado del bebé, ayuda con los preparativos del funeral y asistiendo, la lectura de libros sobre el duelo (a los hermanos), compartiendo recuerdos y fotos. Participación en grupos de apoyo y eventos conmemorativos.</p> <p>-La colaboración de la familia en la resultó beneficioso para los padres.</p> <p><b>Intervención del equipo/enfermera:</b></p> <p>-Las llamadas de seguimiento son vitales en el duelo. Se plantean preguntas de cómo hablar sobre la muerte con sus otros hijos, y que libros les pueden leer.</p> <p>-El seguimiento y el soporte después del alta resultó ser una gran intervención.</p> <p>-La realización de este programa que resultó tan beneficioso para todos los integrantes de la familia.</p> <p>-La posibilidad de incluir a diferentes integrantes de la familia en la creación de momentos, favoreció el camino hacia la aceptación.</p>
<p><b>The Parental Experience of Pregnancy after Perinatal Loss.</b> Pamela D. Colina, Katrina Debackere , RN,</p>	<p>Articulo original. Metasíntesis</p>	<p>Se incluyeron documentos, que incluyeron 17 artículos. Se analizan</p>	<p><b>Las variables analizadas:</b></p> <p>-Necesidades de la mujer y el hombre en las gestaciones siguientes.</p> <p>-Intervención de la</p>	<p><b>Necesidades de los padres:</b></p> <p>-La ansiedad y la depresión en las mujeres embarazadas después de una pérdida, y en menor grado para los padres, son respuestas relativamente comunes. Esto se asocia a la</p>

<p>y Karen L. Kavanaugh. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2008. EEUU</p> <p>(referencia 19)</p>		<p>estudios en los que hay un embarazo posterior de una pérdida perinatal y la intervención de enfermería.</p> <p>-Salud comunitaria</p>	<p>enfermera.</p> <p>-Trastornos psicológicos tras un duelo no efectivo y un posterior embarazo.</p>	<p>creencia en muchos casos de que este embarazo acabará igual que el anterior.</p> <p>- La investigación contiene algunas pruebas contradictorias respecto al apego de los padres-fetal en el embarazo posterior, no se obtienen evidencias concluyentes.</p> <p>-Se revela un poco investigación en el caso del hombre, se centran más en la experiencia de la madre.</p> <p><b>Intervención del equipo/enfermera:</b></p> <p>-El fallecimiento perinatal es un hecho traumático que no debe tenerse en cuenta únicamente en el momento de la pérdida sino también a lo largo de la vida de la mujer y en futuros embarazos.</p> <p>-Las enfermeras deben evaluar la historia obstétrica, reconocer y validar la pérdida perinatal anterior, alentar a las mujeres a hablar, y personalizar la atención.</p> <p>-Se requiere más investigación sobre este ámbito.</p>
<p><b>Anxiety disorders and obsessive compulsive disorder 9 months after perinatal loss.</b></p> <p>Katherine J. Gold, Martha E. Boggs, Maria Muzi, Ananda Sen. Gen Hosp Psychiatry. 2014. Michigan, EEUU.</p>	<p>Artículo original. Estudio cuantitativo; cohortes</p>	<p>Se hizo un estudio en el que participaron 232 madres que tenían un hijo vivo, y 377 habían sufrido una pérdida perinatal. Todas ellas a los 9 meses post-parto.</p>	<p><b>Variables analizadas:</b></p> <p>-Mujeres que derivan en un desorden psicológico a raíz de una pérdida perinatal.</p> <p>-Intervenciones de prevención y detección.</p>	<p><b>Necesidades de la mujer:</b></p> <p>-Las madres en duelo están en riesgo de padecer trastornos psiquiátricos, de manera significativa durante el primer año después de la pérdida perinatal.</p> <p>-Los resultados fueron que tenían mayor probabilidad de trastorno de ansiedad de moderada a grave y fobia social, pero no fueron concluyentes en el trastorno de pánico o trastorno obsesivo compulsivo.</p> <p>-Mejorar la identificación y el tratamiento son esenciales para</p>

(referencia 20)		-Salud comunitaria		<p>mejorar la salud mental de esta población vulnerable.</p> <p><b>Intervención equipo/enfermera:</b></p> <p>-Sólo alrededor de una cuarta parte de las mujeres afectadas por un desorden a partir de una pérdida perinatal están recibiendo activamente cualquier tipo de tratamiento de salud mental. Este hallazgo es muy preocupante desde una perspectiva de salud pública.</p> <p>-Es importante realizar especial atención a las mujeres con un trastorno mental previo a la pérdida. Y derivar a atención psiquiátrica si lo precisan.</p>
-----------------	--	--------------------	--	--

Figura 5. Resultados de los artículos analizados.

#### 4.1. Aspectos bibliométricos de los artículos seleccionados.

Se presenta una síntesis de los aspectos bibliométricos de los artículos seleccionados donde se incluyen; metodología, ámbito, país y año en el que se realizó en estudio.

No ha sido seleccionado ningún estudio realizado en España, debido a que ninguno de ellos cumplió los criterios de inclusión. (Figura 6):

Metodología	Nº de artículos	Porcentaje
Descriptivos	5	41,7%
Teoría fundamentada	2	16,7%
Experimental	1	8,3%

Fenomenològic	1	8,3%
Revisions bibliogràfiques	2	16,7%
Cohortes	1	8,3%
<b>Àmbito</b>		
Hospitalario	7	58,3%
Primaria	5	41,7%
<b>País</b>		
Suecia	2	16,7%
Suïza	1	8,3%
EEUU	3	25%
Canadá	1	8,3%
Reino Unido	3	25%
Malawi	1	8,3%
Iran	1	8,3%
<b>Años</b>		
2007	0	-
2008	2	16,7%
2009	0	-
2010	0	-
2011	1	8,3%
2012	1	8,3%
2013	3	25%
2014	3	25%
2015	2	16,7%
2016	0	-
2017	0	-

Figura 6. Aspectos bibliométricos de los artículos seleccionados.

## 5. DISCUSIÓN

La discusión será estructurada según las diferentes variables que han sido analizadas; Las necesidades (incluyendo las de la mujer, su pareja, hijos y abuelos), la intervención del equipo multidisciplinar y la enfermera, y la creación de momentos.

Las necesidades de la familia: Encontramos a la mujer, que revela un sentimiento de pérdida de alegría, de la maternidad y de lo que podría haber sido. Hallamos un parto y síntomas puerperales pero sin bebé y esto provoca una diversidad de experiencias. Algunas de ellas, refieren haberse sentido solas durante el proceso de expulsión del bebé sin vida, sin tener a sus familiares con ellas y con una actuación mecánica e impersonal por parte del sanitario. Aunque la mayoría de ellas refieren la necesidad de sentirse escuchadas y partícipes de la situación, y el equipo profesional le proporcionó herramientas para cubrir esta necesidad.<sup>9, 10, 13</sup>

En cuatro de los estudios analizados podemos observar como el sentimiento de pérdida de maternidad se ve disminuido con la toma de contacto entre la mujer y su bebé fallecido, esto facilita la realización e inicia un camino hacia la aceptación.<sup>9, 11, 12, 13</sup>

En todos los estudios analizados, se verifica la importancia del reconocimiento de la pérdida y de dejar a la mujer expresar sus sentimientos. Por parte de todas las personas que interactúen con ella, ya sean familiares o personal sanitario.<sup>9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20</sup>

Hemos encontrado como en algunas ocasiones, que el padre es relegado a un segundo plano. Uno de los estudios seleccionados, se centra únicamente en el hombre y los resultados fueron que muchos no habían podido participar en el proceso tanto como hubiesen deseado. Refieren como no fue reconocida su pérdida ni por parte del personal sanitario, ni por familiares y amigos. Teniendo que tomar una posición de protector de la mujer y no de padre que ha perdido a un hijo.<sup>15</sup> En la

búsqueda en las bases de datos, esta situación se ve corroborada, por la poca existencia de investigación que incluya también al hombre, y no sólo a la madre. Cuando si fueron valorados y se les permitió realizar acciones tales como cortar el cordón durante el parto, o sostener al bebé en brazos se sintieron muy reconfortados.<sup>9, 11, 15</sup>

Uno de los estudios analiza cómo afecta a la relación una pérdida perinatal, hombres y mujeres, sintieron un cambio en su pareja tras la pérdida. En su mayoría, salieron más unidos. La minoría que refirió sentirse más distanciada fue relacionada con una vivencia del proceso del duelo muy distinta entre ambos y culpabilizando al otro de no expresar la pérdida de igual forma, sentimiento de soledad e incomprensión que en estos casos llevó a un distanciamiento.<sup>16</sup>

No podemos olvidar que esta pérdida no sólo la sufren los progenitores del bebé fallecido sino también hermanos y abuelos.<sup>17, 18</sup> Además, se revela que en la mayoría de casos suponen un soporte de vital importancia en el proceso de duelo de los padres.<sup>16, 17, 18</sup>

Cuando fueron llevados a cabo programas de apoyo en el que se incluían los familiares cercanos, el resultado fue satisfactorio. No ocultar y no apartar a los hermanos de lo que ha sucedido, resultó muy beneficioso para los niños siempre y cuando la explicación y el apoyo estuvieran adaptados a la edad.<sup>18</sup>

Los abuelos sufren una dualidad de duelo, en el cual sienten tristeza por su nieto fallecido y a la vez, por su hijo/a que ha perdido un hijo/a. En algunos casos, se revela que no fueron buenos dando soporte, sobre todo cuando no se les incluye en el proceso ni se les guía. Cuando se realiza un programa de apoyo intergeneracional en la mayoría de casos se ve favorecido el vínculo padres-abuelos y un mejor afrontamiento del duelo.<sup>18</sup>

Se puede observar un incremento de la depresión y de la ansiedad en mujeres embarazadas que con anterioridad han sufrido una pérdida perinatal, en

comparación con las que no han pasado por ello. Respecto al padre no se ha encontrado tanta evidencia, puesto que no se ha estudiado en profundidad.<sup>19</sup>

La creación de momentos: Consiste en entrar en contacto con el bebé fallecido y así poder establecer un fugaz vínculo. En la mayoría de casos los padres sintieron un gran alivio al ver al bebé. Esto permitió la unión y reforzó la existencia de éste. Resultó algo positivo verlo y también sostenerlo en brazos. Los padres que decidieron no establecer contacto, posteriormente manifestaron arrepentimiento e incluso refieren que el personal sanitario debería de haber sido más persuasivo. Comentan que es importante que la opción de verlo permanezca durante toda la estancia hospitalaria.<sup>9, 11, 12</sup>

En pocas ocasiones fue un hecho perjudicial, sólo en casos que fueron asociados a un cadáver muy deteriorado.<sup>11, 12</sup>

La creación de momentos tales como sostenerlo en brazos, hacer fotografías, vestirlo, guardar un mechón o una huella... Fueron identificadas como las mejores intervenciones que podían realizar los profesionales ya que les permitió guardar el recuerdo y algo físico de que aquel hijo existió, algo que en muchas ocasiones ven negado por familiares y amigos.<sup>9</sup>

En la mayoría de casos, se ve reconocida la importancia de ofrecer la creación de momentos, en una situación de confort y permitiendo decidir. Resulta beneficioso ofrecerlo de manera previa a la expulsión, pero posteriormente volviendo a replantear la opción si está fue declinada. Fue valorada positivamente por los padres, una actuación no paternalista por parte de los profesionales, pero aconsejando y sin negar en ningún momento experiencias tales como que los abuelos lo vean o ser ellos quien lo visten.<sup>9, 11, 12, 18</sup>

Cuando el pronóstico es concluyente y el bebé falleciera a las pocas horas de vida, es muy importante reducir todos los artefactos que interfieran entre el contacto del recién nacido con su familia. Por ejemplo, refieren como notable la diferencia de ver

fallecer al bebé en la cuna que en brazos de la madre o del padre.<sup>13</sup>

La intervención equipo/enfermera: El rol de enfermería en el proceso de pérdida perinatal, tanto en la estancia hospitalaria como a nivel de atención primaria es fundamental ya que está en contacto directo y continuo con la familia. Se hace especial énfasis en proporcionar apoyo emocional y escucha activa, evitando frases como “Tienes que olvidarlo, ya tendrás otro hijo”, “Mejor ahora que más tarde”... La mayoría de familias comentan sentirse reconfortadas cuando el equipo reconoce la importancia de la pérdida.<sup>9, 10, 11</sup>

En los casos que resultaron sentirse insatisfechas, fue por la realización de únicamente técnicas físicas, un trato impersonal, frío y descuidado.<sup>10</sup>

La mayoría de familias, tuvieron un menor índice de ansiedad y trastornos psicológicos al recibir un cuidado acorde con sus necesidades, recibiendo un trato asertivo y cercano.<sup>11, 13, 15, 17, 18, 19</sup>

Tanto el padre como la madre, piden una manipulación respetuosa del bebé y siempre llamándolo por su nombre. Para muchos padres resultó traumático observar los cambios post-mortem, sin ser advertidos previamente. La enfermera debe proveer de información útil y prevenir este impacto.<sup>9, 11, 12, 15</sup>

Existe la posibilidad de realizar la necropsia del cadáver, acción que según algunos estudios se ofrece en únicamente un 60% de los casos, relacionado con no saber cómo exponer esta cuestión.<sup>14</sup> La mayoría de padres que pudieron saber de manera concluyente la causa de la muerte vieron reducida la ansiedad, el estrés y la incertidumbre.<sup>10, 14</sup>

Cabe destacar, la importancia de que se le proporcione a la mujer durante su ingreso una habitación donde tenga intimidad y no esté en contacto con bebés. Al igual, que colocar en la puerta de la habitación alguna imagen que sólo el personal pueda reconocer que es una familia en proceso de duelo, para evitar preguntas incómodas. Esto aunque no se cite en los estudios textualmente, se puede deducir por la continua referencia de la mujer del sentimiento de “cuna vacía”, síntomas

puerperales sin hijo al que amamantar, y el pensamiento de que esto sólo les ha sucedido a ellos. Se hace referencia a la necesidad de intimidad.<sup>9, 10, 11, 12, 15, 17</sup>

El equipo también debe de proporcionar educación sanitaria que orientará a la familia para el alta, tales como la supresión de la lactancia y los trámites que tienen que realizar.<sup>9, 10, 11, 12</sup> También resulta muy beneficioso la inclusión en grupos de apoyo, soporte y seguimiento tras el alta hospitalaria.<sup>18</sup>

Las llamadas de seguimiento, fueron de gran ayuda para muchas familias. En las cuales refieren haber realizado preguntas que se les habían ido planteando conforme salieron del hospital, algunas de temas sobre el puerperio y la parte más fisiológica y física, como qué libros son recomendables para leer o cómo hablarles a sus otros hijos para que puedan asimilar y entender la situación.<sup>17, 18</sup>

Podemos observar que en los siguientes embarazos, estas mujeres que sufrieron una pérdida, acuden mucho más a los centros sanitarios. En los casos que fueron escuchadas, atendidas alentándolas y personalizando la atención se obtuvo un descenso notable de la angustia.<sup>19</sup>

Desde el punto de vista de los mismos profesionales, es de vital importancia la realización y actualización de protocolos y guías, los cuales deben de estar basados en evidencia científica para lo cual no hay especial abundancia de estudios.<sup>13</sup>

## 6. CONCLUSIONES

En esta revisión bibliográfica, se planteó como objetivo determinar las intervenciones enfermeras en el proceso de pérdida perinatal. Se han mostrado claras evidencias de que una buena intervención reduce la ansiedad, la depresión y el estrés post-traumático en las familias que experimentan la situación mencionada, y ello en consecuencia corrobora que el trabajo de enfermería es fundamental durante el duro camino hacia la aceptación.

Como enfermeros tenemos herramientas como la escucha activa, la asertividad, la orientación y la educación sanitaria. Pero también intervenciones en las que consideremos al padre como una pieza fundamental de apoyo a la mujer, teniendo en cuenta que el también acaba de sufrir la muerte de un hijo. No podemos dejarlo relegado a un segundo plano y ni mucho menos actuar de manera paternalista decidiendo por ellos, e invadiendo su intimidad. También resulta positivo, si los padres lo desean, hacer partícipes a abuelos y hermanos. Podemos afirmar que en general es algo beneficioso la toma de contacto de la familia con el bebé, esto permite reforzar la existencia del hijo y no dar pie a futuros arrepentimientos.

Debemos de explicar a los padres como el bebé puede estar frío o de un color pálido, siempre llamándolo por su nombre y tratándolo con un gran respeto. El hecho que los padres experimenten una vivencia similar a la que tendrían si su hijo estuviese vivo, les ayuda a no sentir mermada su paternidad. Se les debe de permitir que pasen tiempo con él, vistiéndolo o abrazándolo si así lo desean. En ocasiones, les resulta importante hacerle fotos o tomarle una huella y poder guardarlo. Alejándonos de la antigua creencia de que lo mejor para la mujer era actuar como si ese momento no hubiese existido, sedándola y no permitiéndole expresar su tristeza. Cómo equipo multidisciplinar trabajaremos de manera contigua a los médicos, comadronas, psicólogos y trabajadores sociales.

Durante el ingreso debemos de proveer a la mujer de una habitación individual, para poder tener intimidad, tanto para ella como para su familia. Si esto no fuese posible, no se le debería de proporcionar una compañera de habitación que tenga un bebé puesto que ellos están invadidos por un sentimiento de pérdida de la paternidad. Es recomendable, colocar alguna señal en la puerta de la habitación para que sólo el personal sanitario pueda reconocer la situación. Esto ayudaría a no incrementar el pensamiento de que esto sólo les ha sucedido a ellos.

Al alta, es muy importante proporcionar información práctica para la mujer, como por ejemplo explicar que se le está proporcionando un fármaco, Cabergolina <sup>21</sup>, para poder inhibir la lactancia y que debe de evitar que el pecho sea estimulado, las situaciones que puede provocar el duelo en la relación de pareja, cómo deben de tramitar los papeles de la defunción, las precauciones y cuidados del puerperio...

Estamos un poquito más cerca de intervenciones enfermeras, donde se favorece la aceptación y la recuperación de la mujer. Nos hemos alejado de esa antigua tendencia de mantener a la familia y a la mujer, sin poder de decisión y haciéndoles creer que nada ha sucedido.

Pero no podemos olvidar, que nos tenemos que acercar aún más a un soporte institucionalizado tras el alta, donde se realicen llamadas de seguimiento, que la mujer y su familia puedan resolver las dudas que les vayan surgiendo. Así como, la existencia de grupos de apoyo, algo que se ha comprobado que es realmente beneficioso, tanto para los padres como para hermanos y abuelos.

Para poder ir avanzando en la práctica clínica deberían de aumentar las líneas de investigación, sobre este hecho prevalente del que aún la sociedad no está preparada. No sabemos entenderlo, hasta el punto de que en España el hombre no tiene derecho a tener ni una semana de baja laboral, después de haber perdido a un hijo.

## 7. PLAN DE DIFUSIÓN

La revisión bibliográfica presentada, está enfocada tanto a los enfermeros del ámbito hospitalario, como a los del ámbito de salud comunitaria ya que se plantea soporte, seguimiento y grupos de apoyo tras el alta. También es importante para los profesionales que traten a esa mujer/familia; Durante los siguientes embarazos, consultas sobre fertilidad, ginecología, trastornos psicológicos o dificultades psicosociales. Sería idóneo presentarlo en los siguientes espacios;

- XXVI Congreso de Neonatología y Medicina Perinatal, que se celebrará en Zaragoza del 27 al 29 de septiembre del 2017
- XXVII Congreso del Consejo Internacional de Enfermería, que se celebrará en Barcelona del 27 de mayo al 1 de junio del 2017.
- Jornadas sobre El duelo y la Muerte Perinatal: Abordaje para profesionales sanitarios. Barcelona, 25 y 26 de febrero del 2017.
- En la revista “Rol de enfermería” siguiendo las normas de presentación y reduciéndolo.
- La realización de un tríptico para poder proporcionar al personal de enfermería.

## 8. BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. True magnitude of stillbirths and maternal and neonatal deaths underreported [en línea]. 2016 [consulta: 1 noviembre de 2016]. Disponible en:  
<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/stillbirths-neonatal-death/s/es/>
2. Direcció General de Planificació en Salut. Guia d'acompanyament en el dol perinatal [en línea]. Barcelona; 2016 [consulta: 12 de noviembre de 2016]. Disponible en:  
[http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/contingut\\_responsiu/salutAZ/C/cures\\_paliatives/documents\\_prof/dol\\_perinatal\\_cat.pdf](http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/contingut_responsiu/salutAZ/C/cures_paliatives/documents_prof/dol_perinatal_cat.pdf)
3. Alice Jolly. Stillborn, still love. *The Lancet*. 2016; 388(10056): 2105–2106.
4. Manuel Ticona, Diana Huanco. Mortalidad perinatal. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. 2004; 50(1): 61–71.
5. Sociedad española de Ginecología y obstetricia. Actuación psicósomática en las pérdidas fetales y perinatales. [en línea]. Madrid; 2010 [Consultado el 2 de diciembre del 2016] Disponible en:  
<http://www.elsevier.es/en-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-actuacion-psicosomatica-las-perdidas-fetales-S0304501310004553>
6. Umamita y El Parto es Nuestro. Guía en la muerte perinatal [en línea]. Madrid; 2010 [consultado el 2 de diciembre del 2016]. Disponible en:  
[http://www.perinatalandalucia.es/file.php?file=%2F20%2FGUIA\\_MUERTE\\_PERINATAL.pdf](http://www.perinatalandalucia.es/file.php?file=%2F20%2FGUIA_MUERTE_PERINATAL.pdf)
7. Real Decreto 20/2011, de 21 de julio, del Registro Civil. (Boletín Oficial del Estado, nº 175, 22 de julio de 2011).

8. Real Decreto 295/2009, de 6 de marzo, por el que se regulan las prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social por maternidad, paternidad, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural. (Boletín Oficial del Estado, nº 175, 21 de marzo de 2009).
9. E, Kingdon C, Heazell AE. Bereaved parents' experience of stillbirth in UK hospitals. *BMJ open*. 2013; 3(2): 10.
10. Simwaka AN, de Kok B, Chilemba W. Women's perceptions of Nurse and Midwives' caring behaviours during perinatal loss in Lilongwe. *Malawi medical journal*. 2014; 26(1): 8-11.
11. Carol Kingdon, Emer O'Donnell, Jennifer Givens, Mark Turner. The Role of Healthcare Professionals in Encouraging Parents to See and Hold Their Stillborn Baby. *PLoS ONE*. 2015; 10(7)
12. Ryninks K, Roberts-Collins C, Mckenzie McHargk, Horsch A. Mothers' experience of their contact with their stillborn infant: an interpretative phenomenological analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2014; 13(14): 203.
13. Davidson D. A technology of care: Caregiver response to perinatal loss. *Women's Studies International Forum*. 2008; 31: 278-284.
14. Soo Downea, Carol Kingdon, Rosey Kennedy, Hazel Norwell, Mary-Jo McLaughlin, Alexander E.P. Heazell. Post-mortem examination after stillbirth: views of UK-based practitioners. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2012; 162: 33–37.
15. Cacciatore J, Erlandsson K, Rådestad I. Fatherhood and suffering: a qualitative exploration of Swedish men's experiences of care after the death of a baby. *International Journal of Nursing Studies*. 2013; 50(5): 664–670.
16. Avelin, Rådestad, Säflund K, Wredling R, Erlandsson K. Parental grief and relationships after the loss of a stillborn baby. *Midwifery*. 2013; 29(6): 668–673.

17. Maryam Allahdadian, Alireza Irajpour, Ashraf Kazemi, Gholamreza Kheirabadi. Social support: An approach to maintaining the health of women who have experienced stillbirth. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 2015; 20(4): 465-470.
18. Roose, Rosemarie E. MSN, RN; Blanford, Cathy R. Perinatal Grief and Support Spans the Generations: Parents' and Grandparents' Evaluations of an Intergenerational Perinatal Bereavement Program. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*. 2011; 25(1): 77–85.
19. Pamela D. Colina, Katrina Debackere, RN, y Karen L. Kavanaugh. The Parental Experience of Pregnancy after Perinatal Loss. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2008; 37(5): 525–537.
20. Katherine J. Gold, Martha E. Boggs, Maria Muzi, Ananda Sen. Anxiety disorders and obsessive compulsive disorder 9 months after perinatal loss. *Gen Hosp Psychiatry*. 2014; 36(6): 650-654.
21. Servicio medicina materno-fetal. Pérdida gestacional segundo trimestre y éxitus fetal anteparto [en línea]. Barcelona, 2009 [Consultado 1 de diciembre de 2017]. Disponible en:  
[http://medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/patologia\\_fetal/C9xitus%20fetal%20y%20p%20E9rdida%20gestacional%202%BA%20trimestre%20-%20versi%20F3%20nov%202014.pdf](http://medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/patologia_fetal/C9xitus%20fetal%20y%20p%20E9rdida%20gestacional%202%BA%20trimestre%20-%20versi%20F3%20nov%202014.pdf)