

**IDENTIFICACIÓN DE POSIBLES NECESIDADES EMOCIONALES DE LA  
MUJER CON PÉRDIDA FETAL TARDÍA MEDIANTE REVISIÓN DOCUMENTAL.**

**AMANDA ISABEL SOSSA LESMES  
ANGELA MARIA VELASQUEZ PARDO  
MAYERLI ANDREA VICENTES PEREZ**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
BOGOTA  
2012**

**IDENTIFICACIÓN DE POSIBLES NECESIDADES EMOCIONALES DE LA  
MUJER CON PÉRDIDA FETAL TARDÍA MEDIANTE REVISIÓN DOCUMENTAL.**

**AMANDA ISABEL SOSSA LESMES  
ANGELA MARIA VELASQUEZ PARDO  
MAYERLI ANDREA VICENTES PEREZ**

**TRABAJO DE GRADO PRESENTADO COMO REQUISITO PARA OPTAR AL  
TÍTULO DE ENFERMERA**

**ASESORA:  
MARIA EUGENIA CASTELLANOSOCHOA  
Enfermera, Magister en Educación**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
BOGOTA  
2012**

**Nota de Aceptación**

---

---

---

---

---

---

---

Firma del Presidente del Jurado

---

Firma del Jurado

---

Firma del Jurado

**Bogotá D.C. (15, Noviembre, 2012)**

## **DEDICATORIA**

*Hoy llegó el momento de agradecer a todas las personas especiales que colaboraron en mi proceso de formación. A DIOS por la oportunidad que me dio de estar con vida, de motivarme e iluminarme todos los días paso a paso, en las complicaciones y obstáculos que se me presentaron y no desfallecer, a mi mamá y a mi papá que fueron el pilar fundamental, por todos sus esfuerzos y dedicación y por estar ahí en todas mis dificultades, por el apoyo emocional y económico. Gracias a mi hermano y hermanas que de forma diferente apoyaron mi educación y estuvieron ahí en mis dificultades cuando más los necesite incondicionalmente.*

*A mis familiares, a mi novio y a mis amigos que hicieron parte fundamental de este logro, a las docentes que estuvieron contribuyendo durante la etapa de formación académica, a mis amigas y compañeras de trabajo que me hicieron fortalecer cada una de mis capacidades y lograron mediante el esfuerzo y la dedicación que en el día de hoy pueda recibir el título de Enfermera otorgado por la Pontificia Universidad Javeriana.*

**AMANDA ISABEL SOSSA LESMES**

*“Este trabajo de grado es dedicado a DIOS por darme la sabiduría en cada paso que doy; a mi familia, en especial a mis padres que mediante su esfuerzo y su dedicación han apoyado el éxito de mis proyectos, a mis hijos que son el motor de mi vida y motivaron en mi corazón la fortaleza para culminar mi pregrado, a mi esposo que durante mi proceso académico se convirtió en el pilar de nuestro hogar, proporcionando amor, comprensión, colaboración y acompañó a nuestros hijos cuando más lo necesité.*

*De igual manera me siento agradecida con el grupo y la asesora, me dieron la oportunidad de aportar y de continuar cumpliendo con mis compromisos académicos, al integrarme a este trabajo de grado; a todas las docentes que guiaron cada uno de los pasos a seguir para que en el día de hoy, pueda sentirme gratificada con el título que he de recibir. Adicionalmente reconozco que fue importante y valioso el respaldo que recibí laboralmente el cual me permitió cumplir con los parámetros establecidos por mi universidad”.*

**ÁNGELA MARÍA VELÁSQUEZ PARDO**

*Hoy es el mejor momento para agradecer a Dios, por proporcionarme la oportunidad, las fuerzas y el deseo de salir adelante cumpliendo lo que me he propuesto. A mis padres que estuvieron en los momentos de angustia, de dificultad y que con su amor nunca me desampararon en los días que sentí desfallecer, a mis hermanos por brindarme su comprensión y ayuda.*

*Quiero expresar gratitud a mis compañeras de trabajo, por su colaboración forman parte de este logro alcanzado, a la docente que no solo nos acompañó durante el proceso académico sino que nos llenó de consejos y motivaciones; a mis amigas y compañeras de grupo, por la dedicación y el empeño puesto para alcanzar las metas compartidas, y hoy poder recibir el título de enfermera de la Pontificia Universidad Javeriana.*

**MAYERLI ANDREA VICENTES PÉREZ**

## **AGRADECIMIENTO**

A la Pontificia Universidad Javeriana, que motiva constantemente al estudiante a promover cultura de aprendizaje, que permite el acercamiento a docentes y tutores, para mejorar las debilidades o falencias que se tienen durante un proceso de formación.

A los Docentes que durante los años del pregrado se esforzaron por brindarnos los mejores conocimientos para lograr un aprendizaje consolidado en cada uno de los temas estudiados.

A la Docente que cumplió el rol de asesora, que exigió, pero al mismo tiempo contribuyó a lograr un buen trabajo de grado, que permitió el desarrollo de actividades que fortalecieron nuestro tema.

## NOTA DE ADVERTENCIA

*“La Universidad no se hace responsable por los conceptos emitidos por sus alumnos en sus trabajos de tesis. Solo velará por que no se publique nada contrario al dogma y a la moral católica y por que las tesis no contengan ataques personales contra persona alguna, antes bien se vea en ellas el anhelo de buscar la verdad y la justicia”.*

## CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN.....	11
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
2. DEFINICIÓN OPERATIVA DE TERMINOS .....	17
3. OBJETIVOS .....	18
3.1 OBJETIVO GENERAL.....	18
3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	18
4. PROPÓSITOS .....	19
5. JUSTIFICACIÓN .....	20
6. MARCO TEORICO .....	23
6.1 ANTECEDENTES .....	23
6.2 EMBARAZO .....	25
6.2.1 Cambios físicos, psicológicos y emocionales .....	25
6.2.2 cambios físicos. ....	25
6.2.3 Cambios psicológicos y emocionales. ....	26
6.3 NECESIDADES EMOCIONALES .....	27
6.4 REDES DE APOYO .....	28
6.5 MUERTE FETAL INTRAUTERINA .....	29
6.5.1 Muerte fetal desconocida.....	30
6.5.2 Muerte fetal tardía.....	30
6.5.3 Muerte perinatal.....	30
6.5.4 Muerte fetal temprana.....	30
6.5.5 Muerte neonatal temprana.....	31
6.6 CAUSAS DE MUERTE FETAL.....	31
6.6.1 Causas maternas.....	31
6.6.2 Causas fetales.....	31

6.6.3 Causas placentarias. ....	32
6.7 EL DUELO .....	32
6.7.1 Etapas del proceso del Duelo. ....	33
6.7.2 El duelo de los padres. ....	35
6.8 ANSIEDAD DE LOS PADRES TRAS LA MUERTE DEL FETO.....	37
6.9 INTERVENCIONES DE ENFERMERIA .....	38
6.9.1 Intervenciones de enfermería según NursingInterventionsClassificación NIC. ....	38
6.9.2 Intervenciones de enfermería según NursingOutcomesClassification NOC.....	39
6.9.3 Intervención de enfermería desde la teoría de Ramona Mercer. ....	43
7. METODOLOGIA.....	44
7.1 BUSQUEDA DE DOCUMENTOS.....	45
7.1.1 Criterios De Inclusión.....	45
7.1.2 Palabras clave. ....	45
7.1.3 Estrategia de búsqueda para la identificación de los artículos. ....	45
7.2 SELECCIÓN DE DOCUMENTOS.....	48
7.3 ANÁLISIS DE ARTÍCULOS .....	51
7.4 ANALISIS Y PRESENTACION DE RESULTADOS.....	52
7.4.1 Identificación de necesidades emocionales.....	52
7.4.2 Manifestaciones emocionales de las mujeres con pérdida fetal tardía. .	54
7.4.3 Factores asociados a las características de muerte fetal intrauterina. ..	55
7.5 CARACTERIZACIÓN DEL TIPO DE NECESIDAD QUE PRESENTA LAS MUJERES QUE AFRONTAN LA PÉRDIDA FETAL.....	56
7.6 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN RELACIÓN A LAS NECESIDADES QUE PRESENTA LA MUJER QUE AFRONTA MUERTE FETAL TARDÍA .....	58
7.6.1 Apoyo del profesional de enfermería para el grupo poblacional afectado emocionalmente. ....	59
7.6.2 Fortalecimiento a las redes de apoyo a la mujer ante la pérdida fetal.	
8. CONCLUSIONES.....	64

9. RECOMENDACIONES.....	66
10. LIMITACIONES.....	67
BIBLIOGRAFÍA.....	68
ANEXOS.....	76

## LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1 Consolidado de estadísticas vitales defunciones fetales.....	24
Tabla 2 Diseño metodológico de los artículos de investigación analizados .....	48
Tabla 3 Consolidado descriptivo de artículos seleccionados .....	49
Tabla 4 Fórmula para sacar porcentaje.....	52
Tabla 5 Manifestaciones emocionales de las mujeres con pérdida fetal tardía.....	52
Tabla 6 Apoyo del profesional de enfermería para el grupo poblacional afectado emocionalmente.....	59
Tabla 7 Fortalecimiento a las redes de apoyo a la mujer ante la pérdida fetal como intervención del profesional de enfermería. ....	62

## TABLA DE GRÁFICA

	<b>Pág.</b>
Grafica 1 Manifestaciones emocionales de las mujeres con pérdida fetal tardía...	54
Grafica 2 Necesidades que presentan las mujeres que afrontan una perdida fetal .....	56
Grafica 3 Apoyo del profesional de enfermería para el grupo poblacional afectado emocionalmente.....	60
Grafica 4. Fortalecimiento a las redes de apoyo a la mujer ante la pérdida fetal como intervención del profesional de enfermería. ....	63

## INTRODUCCIÓN

La pérdida fetal definida como la muerte previa a la expulsión o extracción del producto de la concepción a partir de las 28 semanas de gestación o un peso superior a 1000 gramos<sup>1</sup>; genera múltiples traumas en toda la familia, cuando el embarazo progresa el apego, la ilusión, los proyectos de vida y el amor por ese nuevo ser aumenta y su pérdida se vuelve más traumática especialmente en la mujer que la presenta. Sin embargo la atención médica inicial siempre va dirigida a manejar la finalización del parto y no contempla en la mayoría de los casos protocolos de intervención emocional al momento de la pérdida, además no todas las instituciones médicas cuentan con recursos económicos y humanos preparados para prestar una atención integral a esta población.

En Colombia, durante el año 2011 se presentó un total de 35439 defunciones fetales, de las cuales 9,1% equivalen a muertes fetales tardías, de acuerdo a información reportada en las estadísticas vitales del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas DANE.<sup>2</sup>

Pese a estas cifras y lo que representa el evento en sí, las mujeres con pérdida fetal no cuentan con una ayuda inicial de tipo individual oportuna e inclusive muchas de ellas quizá no recibirán nunca una intervención que contribuya a disminuir su ansiedad, depresión y estrés postraumático, lo que se traduce en patologías que tienen un impacto en la salud pública.

La presente revisión documental permitirá mostrar que en Colombia, existe no solo la necesidad de diseñar planes o guías para la intervención en primera instancia por parte de enfermería dirigidos a la mujer que ha sufrido muerte fetal tardía, sino que además orienta acerca de la identificación de las necesidades manifiestas de estas pacientes y los cuidados que se pueden establecer con el objetivo de minimizar los procesos de duelo y stress post traumático; origen de enfermedad mental y prolongación de hospitalizaciones, ruptura de pareja y familia, que marcan huella en lo personal, laboral, familiar y por ende en lo económico y social.

---

<sup>1</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Prevención de la mortalidad y morbilidad perinatales. Informe de un comité de expertos de la OMS. Serie de informes técnicos No. 457. Ginebra. OMS.

<sup>2</sup>DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS. Estadísticas vitales nacimientos Vs. Defunciones fetales. Bogotá. DANE.2012

Describiéndose como revisión documental una herramienta que fundamenta la investigación y contempla la recopilación de la información y el análisis en forma minuciosa de los datos encontrados en las diferentes fuentes acerca del tema a tratar. Se considera fases tales como la comparativa, la analítica y la explicativa lo que permite realizar una búsqueda de lo que hace falta y no de lo que ya se tiene de forma específica obteniendo resultados positivos para la pregunta que se trabaja<sup>3</sup>, por lo cual se concluyó en los artículos analizados para nuestro tema que se requiere identificar las necesidades emocionales de esta población que debe estar encaminada a brindar una atención integral en crisis de la mujer con pérdida, se hallaron aspectos tanto emocionales como físicos en los cuales se puede identificar las necesidades emocionales para intervenir de forma que pueda apoyar directamente a la mujer cuando entra en choque emocional en el instante de conocer la noticia, que ha sido informada por su ginecólogo ó médico tratante.

Todo ello con enfoque humanizado desde enfermería, teniendo en cuenta que al realizar la identificación de las necesidades se debe tomar como partida inicial un abordaje individualizado de quien se espera que cuente con el conocimiento y entrenamiento suficiente al ser el trabajador de la salud testigo de todo el proceso que desarrolla la gestante con pérdida fetal tardía.

---

<sup>3</sup> GONZALEZ, Marta. las fases: comparativa, analítica y explicativa del proceso metodológico. La revisión documental. [En línea] 2008. [citado en Noviembre 1 DE 2012] Disponible en internet: <http://martaglezm.blogspot.com/2008/06/esquema-del-tema-5-las-fases.html>

# IDENTIFICACIÓN DE POSIBLES NECESIDADES EMOCIONALES DE LA MUJER CON PÉRDIDA FETAL TARDÍA MEDIANTE REVISIÓN DOCUMENTAL

## 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Para el año 2010 a nivel mundial, se calcularon al menos 4,05 millones de casos de muerte fetal tardía (muerte previa a la expulsión o extracción del producto de la concepción a partir de  $\geq 1000$  g de peso al nacer o  $\geq 28$  semanas de gestación, según la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>4</sup>.

En los Estados Unidos, la tasa de mortalidad fetal intrauterina es de 6,2 cada 1000 partos a las 20 semanas de gestación o después de las 20 semanas, y afectó a 25894 fetos<sup>5</sup>.

Para el caso de Sudamérica la tasa de mortalidad perinatal fetal es de 21 por cada 1000 nacidos vivos<sup>6</sup>, considerando ésta como muerte perinatal, definida como todas las muertes ocurridas entre la vigesimoctava semana de gestación y el séptimo día de nacimiento<sup>7</sup>.

Según datos del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE)<sup>8</sup> con corte a 30 de Junio de 2012 se reporta un total a nivel nacional de 1394 muertes fetales intrauterinas de las cuales las más representativas son: En Distrito Capital 194, Antioquia 170 y en Valle del Cauca 118 muertes fetales intrauterina

---

<sup>4</sup>ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Prevención de la mortalidad y morbilidad perinatales. Informe de un comité de expertos de la OMS. Serie de informes técnicos No. 457. Ginebra. OMS.

<sup>5</sup>THE LANCET. Lidar con la complejidad de las disparidades en la mortalidad fetal intrauterina [En línea] Abril 2011 [citado en Agosto 8 DE 2012] Disponible en internet [http://download.thelancet.com/flatcontentassets/series/stillbirths/stillbirths\\_spanish\\_comment\\_6.pdf](http://download.thelancet.com/flatcontentassets/series/stillbirths/stillbirths_spanish_comment_6.pdf)

<sup>6</sup>DONOSO, Enrique. Mortalidad perinatal en las Américas. En: Scielo. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2005, vol.70, No.5 p. 279-280

<sup>7</sup> SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTÁ. Mortalidad perinatal. [En línea] 1999 [citado en Agosto 8 DE 2012] Disponible en internet: <http://www.saludcapital.gov.co/ListasVsp/Protocolos/Protocolos%20Vigilancia%20en%20Salud%20P%C3%ABlica/mortalidad%20perinatal.pdf>

<sup>8</sup> DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS. Estadísticas vitales nacimientos Vs. Defunciones fetales. Bogotá. DANE. Cifras preliminares a 30 de Junio de 2012.

siendo estos 3 departamentos con las cifras más altas en el territorio nacional en los últimos 3 años.

Las estadísticas mencionadas, reflejan un problema de impacto en salud pública que debe ser afrontado desde la perspectiva de la enfermería, con dos enfoques diferentes pero interrelacionados; uno la morbilidad y mortalidad perinatal (situación epidemiológica) y dos, la que no se ha abordado el aspecto emocional que se puede afirmar que parte desde la decisión de una pareja de tener un hijo, se encuentra generalmente ligada a motivaciones y proyecto de vida, que encierra el compartir ideales directamente relacionados con la construcción de una familia, es así como la vida de pareja tiene un nuevo interés en torno a ese ser que se desea.

El aspecto emocional que subyace a la muerte fetal tardía exige conocer y en gran medida ponderar sus significados, partiendo de reconocer que la confirmación de un embarazo, representa la consolidación de una vida familiar, los padres desarrollan sentimientos de esperanza, ilusión y alegría, desde el presente y proyectados a un futuro, en el cual no contemplan como parte de ese proceso gestacional una posible muerte fetal( y menos que se consolide) pero esto es probable en alguna de las etapas del proceso de gestación<sup>9</sup>.

Por ello, cuando se presenta la pérdida fetal tardía, todas las expectativas que la pareja ha tenido y que motivan a su entorno familiar se terminan por completo, esta vivencia genera un proceso de afrontamiento y duelo, particularmente para la mujer que luego de asumir adaptación a los procesos fisiológicos de la gestación debe afrontar vivencias de esposa, madre y mujer cuyas manifestaciones emocionales<sup>10</sup> descritas en la literatura incluyen sentimientos de soledad, culpa, rechazo, y deterioro de la autoestima. El grado de aparición de estas manifestaciones emocionales depende en gran medida de la personalidad, así como del entorno sociocultural y religioso en el que se viva. De ahí que se concluye que el asumir procesos de duelo ante la pérdida fetal tardía implica en las mujeres el desarrollar estrategias que le permita superar experiencias vitales entre ellas el haber realizado planes y proyectos de vida.

---

<sup>9</sup> OVIEDO, Soto. et al. Duelo materno por muerte perinatal. [En línea] Septiembre – Octubre 2009 [citado en Septiembre 1 DE 2012] Disponible en internet: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDREVISTA=30&IDARTICULO=22862&IDPUBLICACION=2329>

<sup>10</sup> MOTA, Cecilia. ALDANA, Evangelina. Impacto emocional en las parejas a quienes se informa que su feto tiene defectos congénitos. [En línea] 2008 [citado en Septiembre 1 DE 2012] Disponible en internet: <http://www.nietoeditores.com.mx/download/gineco/2008/oct2008/GinecoObstet-604-9.pdf>

Desde la confirmación de la pérdida gestacional, la mujer debe asumir y resolver diversos conflictos emocionales de los cuales son testigos claves que influyen en cómo se asuma y desarrolle el proceso de la pérdida: su núcleo familiar y el equipo de salud(enfermera y médico); ellos proporcionan la atención que requiere la paciente, pero de manera particular es el profesional de enfermería quien identifica en la gestante con pérdida fetal tardía un sin número de conflictos internos, el cómo inicia su proceso de duelo y muestra una marcada diferencia acerca de la vivencia del trabajo de parto, lejana de las representaciones o presupuestos establecidos por los esquemas socioculturales y biomédicos; entre ellos menor tolerancia al dolor, al estrés y al cansancio, a expensas de conocer que el resultado final será conocer a su hijo sin vida.

El profesional de enfermería es el mejor soporte que está en capacidad desde sus características propias de ser parte de la intervención emocional por medio de una comunicación terapéutica y una escucha activa, ya que la sensación de culpa, el sentimiento de rabia, la irritabilidad, la soledad, el vacío interno y el aturdimiento representan las emociones iniciales de la mujer en su proceso de pérdida. Donde de igual manera se realiza intervención en el aspecto físico, enfocado principalmente en el seguimiento biomédico de su puerperio inmediato. El otro valor agregado del profesional de enfermería es que reconoce y respeta la individualidad, al ser testigo que no todas las mujeres con muerte fetal tardía presentan la misma sintomatología y sus respuestas generalmente son: negativismo, incredulidad, así como la posibilidad de somatizarlo, apatía, incomunicación, agresividad, mutismo, pérdida del apetito, presión torácica, dificultad para respirar, palpitaciones, fatiga y debilidad.

De igual manera inicia un proceso de duelo donde suele subestimarse los sentimientos, donde el contexto socio-cultural ha determinado a que el género masculino no manifieste sensibilidad sino que cambie emociones asumiendo el choque en silencio sin lograr exteriorizar sus sentimientos, dificultando la comprensión de sus actitudes, por tal motivo tienden a alejarse para afrontar la pérdida de forma diferente a la madre. Los padres generalmente expresan en común sentimientos de furia específicamente en contra del equipo de salud<sup>11</sup>; las familias y los amigos que hubieran estado en contra de su proceso de gestación. Se debe advertir que la situación presentada suele afectar al hombre de la misma forma que la mujer.

---

<sup>11</sup>GONZALEZ Uva Margarita. Memorias del V simposio: actualizaciones en enfermería, fallecer antes de nacer [En línea] 2000 [citado en Mayo 17 DE 2011] Disponible en internet <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/enfermeria3300-fallecer.htm>

Lo que se describe refleja las necesidades que son importantes cubrir o satisfacer a partir del acompañamiento que los profesionales del área de la salud deben hacer en los procesos de salud, enfermedad, vida y muerte. Las posibles necesidades identificadas que se realicen en este grupo poblacional deben estar basadas en conocimiento en evidencia y en investigación, en experiencia en los aspectos que las paciente dicen en las necesidades que ellas tienen, es valioso y primordial la atención de los profesionales de salud especialmente de las enfermeras que mediante sus conocimientos logran disminuir los niveles de ansiedad con los que ingresa la paciente a un servicio salud, puesto que desde la admisión hasta su egreso la paciente tiene expectativas que espera sean solucionadas durante su proceso de duelo, el acompañamiento y la atención humanizada se realiza por medio de conocimientos que se le brindan a la paciente siendo este el punto de referencia del plan de atención de enfermería para dicha población el cual ofrece apoyo emocional, comunicación terapéutica y asertiva.

En esto radica la importancia de indagar y describir cuales son las necesidades emocionales identificadas, que desde la literatura son informadas o han sido establecidas como un estándar para brindar un cuidado humanizado y con altos estándares calidad por el profesional de enfermería, por ello nuestra pregunta de investigación es: ¿Cuáles son las posibles necesidades emocionales de la mujer con pérdida fetal tardía?

## **2. DEFINICIÓN OPERATIVA DE TERMINOS**

Para el siguiente trabajo nos acogimos a las siguientes definiciones:

### **MUERTE FETAL TARDÍA– MFT**

Esta investigación se acoge a la definición dada por la OMS que define la muerte fetal tardía como la muerte previa a la expulsión o extracción del producto de la concepción a partir de las 28 semanas de gestación o un peso superior a 1000 gramos; que se encuentra referenciada en los artículos de investigación revisados y frente a la cual, se proponen intervenciones de enfermería emocionales.

### **INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA**

Se define como el tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de Enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente. Las intervenciones incluyen tanto cuidados directos como indirectos; tratamientos puestos en marcha por profesionales de enfermería.

Para el siguiente trabajo se define como todos aquellos cuidados orientados a atender y modificar la situación de crisis emocional ante la pérdida fetal tardía

### **NECESIDADES EMOCIONALES**

Se define como el sentimiento ligado a la vivencia de una carencia un componente básico del ser humano que carece de su satisfacción o suplencia que afecta su comportamiento, porque siente la falta de algo para poder sobrevivir o sencillamente para estar mejor.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GENERAL**

- Identificar las necesidades emocionales de la mujer con pérdida fetal tardía mediante revisión documental a partir de la revisión documental.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Definir las necesidades emocionales que con mayor frecuencia aparecen documentados en la mujer con pérdida fetal tardía a partir de la revisión documental.
- Describir tanto las posibles intervenciones de enfermería como las necesidades que presenta la mujer que afronta muerte fetal tardía, evidenciadas a partir de la revisión documental.

#### **4. PROPÓSITOS**

- Proporcionar elementos que faciliten la elaboración y estandarización de los cuidados de enfermería, sea en forma de guía de manejo/ protocolo; pero que siempre esté orientada a tener en cuenta la individualización del sujeto de cuidado, las necesidades identificadas, con el fin de mejorar y garantizar una asistencia de calidad hacia este grupo poblacional.
- Fortalecer la línea de investigación del departamento clínico de la facultad de enfermería en su núcleo dirigido al cuidado de la mujer, pareja y familia.

## 5. JUSTIFICACIÓN

En la sociedad colombiana el rol de la mujer siempre se ha visto desde el ángulo de la procreación y la maternidad con modificaciones de concepto a lo largo del desarrollo histórico y social que a su vez ha determinado comportamientos y modos de entender el proceso de procrear y consolidar a la familia tanto a nivel de pareja como de sociedad.

Este tipo de ordenamiento conlleva a entender que una consecuencia esperada de carácter obligatorio para las mujeres radica en la procreación y está asociada a la conservación de las tradiciones de su cultura, a establecer relación con la pareja de manera consanguínea, a mantener linaje de la familia con que decidió un proyecto de vida, todo ello por encima de sus expectativas personales.

Ahora bien el aspecto religioso es un factor que influye de manera trascendental para determinar el rol de la mujer- madre mediante preceptos y se apoya en las diversas citas bíblicas que expresan: "Dios los une (hombre y mujer) de manera que formando "una sola carne"<sup>12</sup> puedan transmitir la vida humana; "Sed fecundos y multiplicaos y llenad la tierra"<sup>13</sup>. Al transmitir a sus descendientes la vida humana, el hombre y la mujer, como esposos y padres, cooperan de una manera única en la obra del Creador, Por eso el hombre deja a su padre y a su madre y se une a su mujer, y los dos llegan a ser una sola carne<sup>14</sup>.

De esta manera queda más que evidente que el dar vida a un nuevo ser se convierte en el compromiso de toda mujer con la pareja, la familia y la sociedad; pero cuando un acontecimiento como la muerte fetal ocurre, ¿Qué sobreviene?, ¿Qué expectativas tiene la mujer y la familia? y frente al evento ¿cuáles son las expectativas que tiene la mujer con pérdida fetal, su compañero y su familia de la atención brindada por el personal de salud?, ¿Cómo aborda el sistema de salud esta problemática y muy particularmente la enfermera?

---

<sup>12</sup> MANRIQUE, Gustavo. BARRERA, Lina Fernanda. En: Revista salud, historia, sanidad. Noviembre2008, vol.3, No.1.

<sup>13</sup>La Biblia. Antiguo Testamento. El uno para el otro, una unidad de dos. Gen 2,24 [En línea]2009[citado en Marzo 23 DE 2011] Disponible en internet: <http://www.teologiamoral.com/moralpersonal/cic355.htm>

<sup>14</sup> La Biblia. Antiguo Testamento. El uno para el otro, una unidad de dos. Gen 1,28 [En línea][citado en Marzo 23 DE 2011] Disponible en internet: <http://www.teologiamoral.com/moralpersonal/cic355.htm>

Actualmente las mujeres que sufren la pérdida fetal tardía reciben un tratamiento totalmente biomédico (extracción del producto de la gestación), pero no es clara la atención que debería acompañar ese tratamiento terapéutico enfocado a su proceso de duelo y a las alteraciones emocionales que conlleva el perder su hijo; es por esto que, teniendo en cuenta que el recurso humano que puede realizar acompañamiento y está disponible las 24 horas del día, todos los días del año y se le considera y reconoce como profesional calificado es enfermería que desde su formación la motivación humanística de cuidado le señala como eje fundamental de la atención que se le proporcione a toda gestante con pérdida fetal tardía.

Por lo anterior se toma la Muerte Fetal Tardía (MFT) como tema de investigación, de ahí partimos para realizar un abordaje global desde una revisión documental, en la cual se dará a conocer que desde que se ha hablado de este tema siempre ha permanecido ignorado en los ámbitos internacionales y nacionales porque tampoco se mantiene presente en las políticas de programas e inversiones.

La mujer que es atendida en la pérdida, puede llegar a las etapas del duelo con mayor conocimiento, sabe que le espera en su proceso de recuperación ya sea física o emocional, lo que permite que se logren disminuir, los riesgos en nuevos embarazos de depresión, ansiedad, entre otros.

Una institución que brinda atención a la mujer con pérdida fetal tardía, se vuelve reconocida por su interés en el proceso de duelo con la mujer, la pareja y la familia, haciéndose importante capacitar a los profesionales de enfermería para que ofrezcan en el proceso inicial de la pérdida, una muy buena empatía que permita la confianza entre las dos partes, generando mecanismos que contribuyen al logro de la resolución del proceso en el cual se encuentran. Permitiendo que la institución sea reconocida como promotora de la salud no solo en un modelo biomédico sino que reconozca su participación en el reconocimiento de las necesidades emocionales en las diferentes manifestaciones, basadas en la humanización y la calidad de los recursos disponibles, para cumplir a cabalidad con los objetivos propuestos.

La disciplina de la enfermería enriquece sus conocimientos, cuando se ha buscado literatura que pueda probar que es importante la identificación de las necesidades emocionales en el momento inicial hace parte del éxito de proceso vivido, reforzando su área de investigación en cuanto al manejo emocional y psicológico. Mejorando sus conceptos, ampliando los conocimientos, enfocándose en las necesidades reales de la mujer que requiere de apoyo y de intervención por parte de los profesionales de enfermería que se encuentren capacitados para

ofrecer dicha atención, con calidez, con humanización y que se fortalecen con los diferentes momentos que puedan ser presenciados, por un profesional.

## 6. MARCO TEORICO

### 6.1 ANTECEDENTES

Solo en el año 1983 la OMS realizo un cálculo en países en vías de desarrollo a nivel mundial sobre la muerte perinatal (la tasa fue de 58 casos por cada 1000 nacimientos en total)<sup>15</sup> y la Muerte Fetal Intrauterina (MFI) fue de 32 casos por cada 1000 nacimientos totales, lo que quiere decir que a nivel mundial para ese momento se presentaban 4,3 millones de casos definida como “el cese de la vida fetal a partir de las 20 semanas de gestación y con un peso mayor a 500 gramos según Alfredo Ovalle en el estudio anatómo-clínico de las causas de muerte fetal<sup>16</sup>.

Se evidenció que el 98% de los casos de MFT ocurre en los países de bajos recursos, contrario a los países con altos recursos económicos solo se presentaba menos de 4 muertes por cada 1000 nacimientos<sup>17</sup>. Las muertes se presentan en estratos bajos y en familias que tengan un bajo nivel educativo, mientras que en los niveles altos las madres asisten a los controles prenatales y se realizan los tamizajes que son ordenados según las normas de cada país.

A partir de los datos que arrojó ese estudio, se ha seguido reportando el índice de MFI, el cual hoy pasados 29 años sigue siendo alto; durante estos años se han fomentado medidas que prevengan la tasa de mortalidad materna, para lograr minimizarla, lo cual se puede evidenciar en los objetivos de milenio donde se resumieron varias de las políticas y prioridades que se tenían a nivel mundial pero no se le dio la debida importancia a la MFT. Ha tenido acciones que en alguna medida impactan, entre ellas, el control prenatal<sup>18</sup>, campañas de prevención y promoción lideradas por enfermería para lograr desde ya sea la adherencia al control prenatal la que permite la identificación de factores de riesgo que pueden generar muerte fetal tardía.

---

<sup>15</sup> LAWN, Joy. Muerte fetal intrauterina: ¿Dónde? ¿Cuándo? ¿Por qué? ¿Cómo lograr que se tengan en cuenta de los datos [En línea]Abril 2011[citado en Agosto 8 DE 2012] Disponible en internet:[http://download.thelancet.com/flatcontentassets/series/stillbirths/stillbirths\\_spanish\\_series\\_2.pdf](http://download.thelancet.com/flatcontentassets/series/stillbirths/stillbirths_spanish_series_2.pdf)

<sup>16</sup> OVALLE, Alfredo. et al. Estudio anatómo-clínico de las causas de muerte fetal. En: Scielo Revista de chilena de obstetricia y ginecología. 2011, vol.76,No.3,p.169-174

<sup>17</sup> LAWN. Op cit.p.58

<sup>18</sup> PANDURO, Guadalupe. et al. Factores de riesgo prenatales en la muerte fetal tardía, hospital civil de Guadalajara. En: Scielo Revista de chilena de obstetricia y ginecología. 2005, vol.70,No.5,p.303-312

**Tabla 1** Consolidado de estadísticas vitales defunciones fetales

<b>Estadísticas vitales</b>	<b>1993</b>	<b>2003</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>*2012</b>
Total de muerte fetal	5086	17874	33388	35439	18827
Total de muerte fetal tardía entre la semana 28 a la 42	3077	7002	3448	3218	1394

Fuente: SOSSA, Amanda. VELASQUEZ, Ángela. VICENTES Andrea. DANE. Estadísticas vitales, defunciones fetales años 1993,2003,2010-2012\* Cifras preliminares a 30 de junio de 2012

En la Tabla 1 se muestra las estadísticas del comportamiento de defunciones fetales en los últimos 19 años, mostrando que el año 1993 se tenían a nivel nacional 5086 muertes fetales las cuales el 60.5% eran muertes fetales tardías, 10 años después el comportamiento fue aumentando presentándose un total de 17874 muertes fetales de las cuales el 39,2% eran muertes fetales tardías, 7 años después para el año 2010 aumento las muertes fetales pero con una disminución significativa de muertes fetales tardías con un 10,3%, lo que se evidencia con las estadísticas vitales del DANE<sup>19</sup> que al transcurrir de los años hay mayor control prenatal y tratamientos para prevenir este tipo de eventos como se demuestran en las estadísticas de la tabla 1 anteriormente relacionadas.

Lo ideal es que se propicie un análisis donde se tenga en cuenta las diferentes políticas que impulsen al desarrollo de un plan de estrategias que permitan disminuir esta problemática y que personal de salud, estamentos gubernamentales y el grupo poblacional en general tomen conciencia de las verdaderas y reales consecuencias que se desencadenan.

Actualmente las mujeres que cuentan con Empresa Prestadora de Salud EPS tienen derecho a que se le realicen los controles prenatales desarrollados por el personal de enfermería y médico quien procura que la madre cumpla cada una de las citas programadas para que de esta forma se descarten riesgos potenciales en la salud tanto de la madre como para del feto.

---

<sup>19</sup> DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS. Estadísticas vitales nacimientos Vs. Defunciones fetales. Bogotá. DANE. Cifras preliminares a 30 de junio de 2012

## 6.2 EMBARAZO

El embarazo<sup>20</sup> es un proceso complejo que involucran aspectos biológicos, sociales y psicológicos estrechamente interrelacionados, que conllevan a cambios y adaptaciones importantes influenciadas en gran medida por hormonas y otros se originan por factores relacionados con el crecimiento del feto dentro del útero. Este proceso de cambios en la mujer, involucra a la pareja y la familia, que a su vez inician transformaciones psicológicas y sociales, favoreciendo una madurez en aquellas personas que se encuentran involucrados en el acontecimiento de esta nueva etapa. Las modificaciones que se presentan en la gestante son parte del desarrollo y del crecimiento como persona, como mujer, compañera y esposa.

### 6.2.1 Cambios físicos, psicológicos y emocionales

Las mujeres con pérdida fetal tardía deben asumir los cambios que se les puede presentar, las características están basadas en los procesos anatómicos, fisiológicos y psicológicos que se alteran y que deben ser intervenidos de la mejor forma posible para intentar la resolución del conflicto por el cual se está pasando.

### 6.2.2 cambios físicos.

**Cambios a nivel digestivo:** Se presenta la disminución en la producción de las hormonas tales como: progesterona y estrógenos, permitiendo de esta forma que haya una contracción de los músculos del cuerpo, conduciendo a que el aparato digestivo recupere su proceso habitual, ya que el peso generado por el aumento del útero ha disminuido lo que lleva a mejorar el patrón de eliminación, ya que tanto el intestino delgado como grueso inician sus funciones normales<sup>21</sup>.

**Cambios en el corazón y el aparato circulatorio:** El corazón vuelve a su tamaño normal ya que se disminuye la elevación del diafragma por la terminación del embarazo, al igual que los soplos sistólicos, por igual motivo, se normaliza la presión arterial, disminuyen los mareos, la presión venosa disminuyen en los miembros inferiores.

---

<sup>20</sup>PERRY, Shannon, et al. Manual Clínico. Maternidad y salud de la mujer. En: Elsevier Masson. 9a ed 2008

<sup>21</sup> RIVERA, Angelina. Cambios fisiológicos del embarazo. [En línea] 2008 [citado en Noviembre 8 DE 2012] Disponible en internet: <http://www.eneo.unam.mx/servicioseducativos/materialesdeapoyo/obstetricia1/TEMAS/FE/MBARAZO.pdf>

**Cambios del aparato respiratorio:** La capacidad pulmonar disminuye ya que la estimulación de la hormona progesterona deja su funcionamiento.

**Cambios en el sistema urinario:** Los efectos de la progesterona dejan de actuar, por lo cual la contracción de los músculos de los uréteres se hacen evidentes, mejorando el aumento del flujo de la orina y disminuyendo la presencia de las infecciones urinarias.

**Cambios en el útero:** El útero inicia su proceso de involución uterina, disminuyendo de tamaño, con el paso de los días hasta regresar a su forma y tamaño habitual.

**Cambios en los pechos:** La mujer inicia la producción de la leche, por medio del calostro, pero al no haber succión por parte del bebé que ha muerto, se debe recurrir a tratamientos biomédicos que permitan dar cese a la producción del calostro, luego de pasar por dicha etapa se observa la disminución en tamaño de los senos. La pigmentación de la areola va disminuyendo con el paso de los días.

**Cambios de la vagina:** Se inicia la despigmentación de los labios de la vagina, al igual recupera su PH habitual, disminuyendo de esta forma los riesgos de las infecciones bacterianas.

**Cambios en el sistema muscular, ligamentos y huesos:** Los ligamentos que han sostenido el embarazo recuperan su tamaño, los dolores musculares disminuyen casi por completo ya que no se ejerce presión en el útero que pueda comprimir la vejiga logrando que la mujer recupere su hábito normal en la diuresis.

### **6.2.3 Cambios psicológicos y emocionales.**

También se puede esperar que una de las reacciones que causa más impacto sea el negativismo no solo en la parte emocional sino en la parte física, ya que para algunas mujeres cuando no se es planeado cambia parcial o radicalmente su proyecto de vida<sup>22</sup> de ahí inicia a su vez el proceso anatómico externo que modifica la contextura habitual de la mujer preparándola para el crecimiento

---

<sup>22</sup> RIVERA, Angelina. Cambios fisiológicos del embarazo. [En línea] 2008 [citado en Noviembre 8 DE 2012] Disponible en internet: [http://www.eneo.unam.mx/servicioseducativos/materialesdeapoyo/obstetricia1/TEMAS/FE\\_MBARAZO.pdf](http://www.eneo.unam.mx/servicioseducativos/materialesdeapoyo/obstetricia1/TEMAS/FE_MBARAZO.pdf)

interno de un útero en proceso de desarrollo, el embarazo significa a nivel clínico complicaciones, riesgos, intervenciones, cuidados con la madre y el feto, que se pueden generar tanto a nivel obstétrico como perinatal constituyendo un problema de salud pública de gran impacto tanto a nivel personal, familiar y social .

En cuanto a los cambios psicológicos llega un período de adaptación emocional, donde se debe disfrutar la maternidad, hay percepción de movimientos fetales, la experiencia de ver por primera vez el bebé y escuchar los latidos son emociones que conducen a mejorar más la aceptación del embarazo. Surgen sensaciones como la ansiedad, los sueños, la preocupación ante el trabajo de parto

### **6.3 NECESIDADES EMOCIONALES**

Todas Las personas tenemos unas necesidades emocionales particulares y a la vez compartida, cuando las personas tienen una necesidad emocional tienden a pensar que las otras personas tienen la misma y con la mejor de las intenciones intentan cubrir las necesidades ajenas en función de las propias. Las necesidades humanas son manifestaciones de reacciones que tiene el individuo, ya sea por causas básicas o fisiológicas (como el hambre, la sed, etc.) o de más alto nivel, en las cuales intervienen los factores ambientales externos (familiares, sociales, etc.); estas reacciones son manifestadas a través del sistema nervioso, en conductas que éste regula y controla en el individuo.

Una necesidad implica un vacío que requiere ser satisfecho o una demanda interior que solicita ser cubierta. No siempre se puede cubrir todas nuestras necesidades y esto es positivo, ya que así también, se aprende a hacer frente a la frustración. De lo contrario, la voluntad se tornaría caprichosa, débil y egoísta. Es decir, gracias a la carencia crece la fortaleza y el nivel de madurez de un ser humano que se esfuerza por adaptarse a las circunstancias.

Pues bien, las necesidades emocionales a veces, no se ven porque son invisibles, sin embargo, se sienten mucho. Esta es una de las razones por las que una persona debe aprender a escucharse a sí misma para poder saber qué desea y qué necesita de verdad. Una mujer con pérdida fetal sufre muchos cambios a nivel físico. En este sentido, tiene nuevas necesidades como el descanso, también requiere ser escuchada y de ropa diferente a la que venía utilizando.

Pero desde un punto de vista anímico y emocional, la mujer también necesita cubrir nuevas necesidades. Por una parte, necesita más espacio para sí misma, pero también necesita más apoyo y compañía por parte de los demás, en especial, de la pareja. Dentro de las necesidades de muchas mujeres con pérdida fetal está la de poder expresar y exteriorizar sus miedos y sus inquietudes en relación con todos los cambios que se avecinan, cómo afectarán dichos cambios a la vida de pareja y el temor lógico ante el instante del parto.

Una de las necesidades emocionales más importantes está la de seguridad, fortaleza y autoestima. Por ello, se debe guiar a la mujer con pérdida para que se sienta valiosa y se quiera más a sí misma. Cuando las necesidades básicas o fisiológicas están cubiertas surgen otras de nivel más alto.

Las necesidades de información se encuentran en el nivel más alto y surgen cuando todas las demás han sido satisfechas, son el resultado de los problemas que se le presentan a la mujer que presenta pérdida fetal en una situación específica, que la motiva a buscar conocimientos, ideas, hechos, datos o trabajos creativos o imaginativos producidos por la mente, los cuales son comunicados formalmente por el profesional de salud.

Si se presenta una necesidad de información es por el hecho de que la necesita en ese momento, lo cual la motiva o la mueve a que la satisfaga; esto se ve reflejado cuando la mujer con pérdida fetal busca información, para lo cual acude a los lugares donde pueda obtenerla: centro de salud, con los profesionales de la salud, etc. También puede acudir con otras personas que le proporcionen la información que necesita, como son: la familia, amigos, etc.

#### **6.4 REDES DE APOYO**

Verónica Montes define las redes de apoyo como un conjunto de relaciones interpersonales que vincula a las personas con otras de su entorno y les permiten mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional<sup>23</sup>.

Cuando la mujer establece una relación de pareja<sup>24</sup>, gran parte del apoyo emocional proviene de su esposo o compañero. Ante la ausencia de esta figura la gestante opta por encontrar otras redes de apoyo tales como la familia que juega

---

<sup>23</sup> MONTES, Verónica. Redes de apoyo social de personas mayores: elementos teórico-conceptuales. [En línea].2003.[citado en Noviembre 1DE 2012] Disponible en internet:[definición de redes y apoyo sociales. http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/7/13237/PP18.pdf](http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/7/13237/PP18.pdf)

<sup>24</sup> MURILLO, Ana. et al. Redes de apoyo.[En línea].2008.[citado en Noviembre 1DE 2012] Disponible en internet:[http://ccp.ucr.ac.cr/espam/descargas/ESPAM\\_cap5web.pdf](http://ccp.ucr.ac.cr/espam/descargas/ESPAM_cap5web.pdf)

un papel muy importante ya que son las relaciones personales que se establecen al interior del hogar o fuera de el a partir de lazos de parentesco ; persona allegadas a ella por amistad que estén dispuestos no solo acompañar, sino a convertirse en persona significativa durante el proceso gestacional proporcionando afecto, respeto, respaldo y confianza para que la mujer pueda ir conectándose con lo que está viviendo.

El hecho de contar con redes de apoyo tiene un impacto significativo en la calidad de vida en las mujeres con muerte fetal tardía; existe evidencia<sup>25</sup> de que las relaciones y las transferencias que se establecen en las redes cumplen un papel protector ante el deterioro de la salud. También contribuyen a generar un sentimiento de satisfacción puesto que logran un mayor sentido de control y de competencia personal, se centra en el afecto y estimula la socialización al satisfacer las necesidades básicas de comunicación e intimidad.

El componente social conformado por las redes de amistades y vecinos son un apoyo valioso se construye por afinidad, intereses comunes y actividades compartidas, apoyos emocionales<sup>26</sup>: cariño, confianza, empatía, sentimientos asociados a la familia y la preocupación y pueden presentarse mediante visitas periódicas, transmisión física de afecto e intercambio de experiencias y transmisión de consejos.

Es frecuente que la mujer que experimentan muerte fetal sienta una necesidad de protección y contención afectiva más intensa de la habitual, con lo cual, lo ideal es que pueda vivirse en compañía de la pareja y la familia donde ella se sienta sostenida, comprendida y ayudada y se sienta respaldada por su red de apoyo.

## **6.5 MUERTE FETAL INTRAUTERINA**

Resulta necesario partir de la definición de muerte fetal intrauterina: considerándose esta: “como la muerte acaecida antes de la expulsión o extracción

---

<sup>25</sup> GUZMAN, José. Reunión de expertos en redes de apoyo social a personas. El rol del estado, la familia y la comunidad.[En línea].2002. [citado en Noviembre 1 DE 2012] Disponible en internet:<http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/7/11497/JMGuzman.pdf>

<sup>26</sup> MONTES, Verónica. Las redes sociales en la investigación social. [En línea].2006.[citado en Noviembre 1 DE 2012] Disponible en internet:<http://books.google.com.co/books?id=AscrY8p8EhoC&pg=PA23&lpg=PA23&dq=definicion+de+redes+sociales+de+veronica+montes+de+la+oca&sou>

completa de la madre, del producto de la concepción, cualquiera haya sido la duración de la gestación”. Aunque algunos autores la definen como “el cese de la vida fetal a partir de las 20 semanas de gestación y con un peso mayor a 500 gramos”. Este problema alcanza frecuencias comprendidas entre el 7 a 10 por 1000 nacidos vivos en la mayoría de los países americanos. En cuanto a la etiología es muy diversa, y ellas pueden deberse a alteraciones fetales, maternas, placentarias, ambientales o ser de origen idiopática. Para la OMS se define como “la muerte previa a la expulsión o extracción del producto la concepción a partir de las 28 semanas de gestación o un peso superior a 1000 gramos”<sup>27</sup>.

Estas definiciones señaladas anteriormente permiten detallar a continuación otras definiciones que de ahí se desprenden:

#### **6.5.1 Muerte fetal desconocida.**

Aquella que ocurre en cualquier momento de la gestación y de imposible clasificación por edad gestacional<sup>28</sup>.

#### **6.5.2 Muerte fetal tardía.**

Según la OMS la define como la muerte previa a la expulsión o extracción del producto de la concepción a partir de las 28 semanas de gestación o un peso superior a 1000 gramos<sup>29</sup>.

#### **6.5.3 Muerte perinatal.**

Se considera todas las muertes ocurridas entre la vigesimosexta semana de gestación y el séptimo día de nacimiento.

Agrupar la muerte fetal tardía y neonatal temprana; es decir, aquella que ocurrió entre la vigesimosexta semana de gestación hasta el séptimo día postparto<sup>30</sup>.

#### **6.5.4 Muerte fetal temprana.**

Aquella que ocurre entre la vigésima y vigesimoséptima semanas de gestación<sup>31</sup>.

---

<sup>27</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Prevención de la mortalidad y morbilidad perinatales. Informe de un comité de expertos de la OMS. Serie de informes técnicos No. 457. Ginebra. OMS.

<sup>28</sup> RODRÍGUEZ, Ana. et al. Factores que inciden en la mortalidad fetal tardía. En: Revista Cubana Obstetricia y Ginecología. Febrero 2004., vol.30, No.2

<sup>29</sup> Op. cit., p, 62

<sup>30</sup> SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTÁ. Mortalidad perinatal. [En línea]1999[citado en Agosto 8 DE 2012] Disponible en internet: <http://www.saludcapital.gov.co/ListasVsp/Protocolos/Protocolos%20Vigilancia%20en%20Salud%20P%C3%BAblica/mortalidad%20perinatal.pdf>

### **6.5.5 Muerte neonatal temprana.**

La que ocurre dentro de los primeros siete días después del nacimiento<sup>32</sup>

## **6.6 CAUSAS DE MUERTE FETAL**

Las causas de muerte fetal se clasifican en: maternas, fetales y placentarias<sup>33, 34, 35</sup>

### **6.6.1 Causas maternas.**

La literatura informa las siguientes patologías clínicas: embarazos prolongados, diabetes mellitus, hipertensión arterial e hipertensión inducida por el embarazo, pre-eclampsia, eclampsia, en algunas mujeres se asocia a hipotensiones severas, hemoglobinopatías, la edad de la mujer cuenta como uno de los factores con mayor predisposición para la complicación del embarazo especialmente si esta madre se encuentra con una edad precoz o avanzada, la incompatibilidad del RH, enfermedades autoinmunes como el Síndrome antifosfolípido, trombofilias hereditarias, lupus eritematoso sistémico y la ruptura prematura de membranas<sup>36</sup>.

### **6.6.2 Causas fetales.**

En relación con las causas fetales está demostrado retardo de crecimiento intrauterino, anomalías congénitas y genéticas e infecciones<sup>37</sup>.

---

<sup>31</sup> LEON, Álvaro. Veeduría distrital. Cómo avanza el distrito en salud.[En línea]2008.[citado en Agosto 8 DE 2012] Disponible en internet:<http://www.veeduríadistrital.gov.co/es/grupo/g289/ATT1264623583-1.pdf>

<sup>32</sup> Ibit.,p.22

<sup>33</sup> PANDURO, Guadalupe. et al. Factores de riesgo prenatales en la muerte fetal tardía, hospital civil de Guadalajara. En:Scielo Revista de chilena de obstetricia y ginecología. 2005, vol.70,No.5,p.303-312

<sup>34</sup> LINARES, Jeannette. POULSEN, Ronald. Muerte fetal in útero: etiología y factores asociados en un hospital regional de Antofagasta, Chile. En: CIMEL. 2007, vol.12,No.1,p.7-10

<sup>35</sup> OVALLE, Alfredo. et al. Estudio anatómo-clínico de las causas de muerte fetal. En:Scielo Revista de chilena de obstetricia y ginecología. 2011, vol.76,No.3,p.169-174

<sup>36</sup> VOGELMAN, Robert. et al. Muerte fetal intrauterina. [En línea]2008 [citado en Septiembre 3 DE 2012] Disponible en internet: [http://med.unne.edu.ar/revista/revista188/4\\_188.pdf](http://med.unne.edu.ar/revista/revista188/4_188.pdf)

<sup>37</sup> Ibit.,p.12

### 6.6.3 Causas placentarias.

A nivel placentario se pueden presentar complicaciones con el cordón umbilical ya que puede haber abrupción de placenta, vasa previa y ruptura prematura de membranas, complicando el bienestar fetal del bebé y en ocasiones llevando a la muerte in útero<sup>38,39</sup>.

## 6.7 EL DUELO

El proceso de duelo implica al ser humano en todas sus dimensiones: espiritual, emocional, cognitiva, conductual, somática y sensorial, en el intento de atribuir significado a la propia pérdida.

Etimológicamente duelo procede de la palabra latina dolere cuyo significado, en general, es sufrimiento. Por duelo se entiende una aflicción. Sus causas pueden ser: la muerte de una persona amada o una gran desgracia<sup>40</sup>.

Hay que tener presente que todas las personas elaboran procesos de duelo: niños, adolescentes, adultos y ancianos; la reacción incluye la adaptación (se refiere a la aceptación de una nueva forma de vida o el tener que volver a la que se tenía antes de la pérdida) y el proceso (se refiere a la experiencia total, la pérdida, el duelo), la aflicción hace que la persona pierda seguridad y control; la persona después de uno de estos procesos nunca será la misma, pudiéndose producir una reacción de crecimiento o todo lo contrario<sup>41</sup>. No se debe intentar proteger del dolor a los que se consideran más vulnerables porque puede conllevar excluirlos y hacer la pérdida aún más angustiada; es importante las formas de afrontamiento ya que el ser humano se encuentra siempre en un proceso de construcción de sí mismo, autorealizándose incluso en las crisis que le plantea la vida. Una pérdida pone al individuo en la situación de tomar conciencia de sus límites y de su fragilidad.<sup>42</sup>

---

<sup>38</sup> LINARES, Jeannette. POULSEN, Ronald. Muerte fetal in útero: etiología y factores asociados en un hospital regional de Antofagasta, Chile. *En*: CIMEL. 2007, vol.12, No.1, p.7-10

<sup>39</sup> OVALLE, Alfredo. et al. Estudio anatómico-clínico de las causas de muerte fetal. *En*: Scielo Revista de chilena de obstetricia y ginecología. 2011, vol.76, No.3, p.169-174

<sup>40</sup> KUBLER, Ross. La etapas del duelo [En línea]. 2004. [citado en Noviembre 2 DE 2012]. Disponible en internet: <http://www.renacerbuenosaires.org.ar/etapas.htm>

<sup>41</sup> PEREZ, Isabel. La relación de ayuda: intervención de enfermería en el proceso del duelo [En línea] [citado en Noviembre 1 DE 2012]. Disponible en internet <http://www.paliativossinfronteras.com/upload/publica/libros/libroDuelo.pdf>

<sup>42</sup> Ibit., p.4

En este proceso de reconstrucción, es importante que la persona a pesar de experimentar una gran tristeza, permanezca conectado a la vida (relacionado con la capacidad de continuar rutinas cotidianas); mantenga un sentido coherente de sí misma y que simultáneamente acepte la pérdida; confiar en los demás y sostener las relaciones interpersonales.

El hecho de asumir sanamente una pérdida a pesar del dolor y la disconformidad, conlleva a un análisis positivo de las vivencias y experiencias anteriores y de las actuales, las reflexiones pueden favorecer cambios en los factores de riesgo o en las prácticas de autocuidado.<sup>43</sup>

#### **6.7.1 Etapas del proceso del Duelo.**

La pérdida produce un desequilibrio emocional que se manifiesta por etapas que no necesariamente ocurren según un orden pre establecido, es más, se pueden producir simultáneamente<sup>44</sup>. El reto está en superarlas y ser capaz de vivir satisfactoriamente la vida en su nueva situación.

Las etapas son las siguientes según Kubler Ross:

**Impacto:** En este momento la persona evidencia la pérdida, puede durar desde instantes a muchos días.

**Negación:** La persona se resiste a tomar conciencia de la realidad de la pérdida.

**Rabia, cólera:** El doliente ante la pérdida reacciona violentamente.

**Tristeza:** Se empieza a ser consciente de la pérdida, refiere sentirse en una situación de soledad profunda y de íntima conciencia de sufrimiento.

**Negociación:** Se instaura un proceso de aceptación manifiesto por entrar a realizar una negociación con quien cree que puede darle soluciones: médicos, Dios, recursos alternativos, etc., porque la pérdida se le hace insoportable. Detenerse en esta tercera tarea es no adaptarse a la pérdida. La persona lucha consigo misma fomentando su propia impotencia, no desarrollando las habilidades

---

<sup>43</sup>DIE, María. Las pérdidas y sus duelos. [En línea].2003.[citado en Noviembre 2 DE 2012]. Disponible en internet:<http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol30/sup3/suple12a.html>

<sup>44</sup> KUBLER, Ross. La etapas del duelo [En línea].2004.[citado en Noviembre 2 DE 2012]. Disponible en internet:<http://www.renacerbuenosaires.org.ar/etapas.htm>

de afrontamiento necesarias o aislándose del mundo y no asumiendo los roles a los que no se está acostumbrado.

**Aceptación:** La persona asume la pérdida ocurrida, con estas variaciones<sup>45</sup>:

Entiende la "pérdida" como una ofensa vital, como una herida, a un todo que es uno mismo; le falta "algo" que le ha sido arrebatado sin permiso. Acepta la realidad, tal y como "ahora" es.

- Deja de culpabilizarse y buscar culpables en quien vengarse. En principio, no hay motivo para ello ya que la causa de la pérdida no siempre está en el sujeto.
- Realiza un análisis positivo de la vivencia que se experimentaron anteriormente, puede añadir el cambio cualitativo que ha provocado la pérdida: e intenta redescubrirlo y vivirlo.
- Siente que "no tiene un lugar" preestablecido: la esperanza de ser una persona que intenta hacer una resolución amable al conflicto que le ha generado esta pérdida no la ve efectiva pero persiste en el intento. Es una esperanza actitudinal que se construye desde la vivencia y la convivencia de la pérdida.

Un punto final en el proceso de duelo No existe, pero se puede teorizar que ha finalizado cuando el dolor intenso da paso al recuerdo afectuoso y tranquilo del pasado, aunque puede haber momentos en los que devuelve la pena y el llanto.

Una duración o intensidad excesivas de ciertas conductas durante la elaboración del duelo, pueden advertir del riesgo o de la existencia de problemas susceptibles de intervención psicológica.

La dinámica del duelo puede variar entre unas personas y otras, y oscila entre el duelo normal y el patológico. La gran diferencia es que el duelo normal presenta una duración variable, que depende de una diversidad de factores pero que tiene un final. En cambio el duelo patológico no permite asumir la pérdida ni adaptarse al cambio vivido y su sintomatología es más intensa y dura mucho más tiempo. Implica una ruptura del equilibrio psíquico con alteraciones físicas.

---

<sup>45</sup> PEREZ, Isabel. La relación de ayuda: intervención de enfermería en el proceso del duelo [En línea] [citado en Noviembre 1 DE 2012]. Disponible en internet <http://www.paliativossinfronteras.com/upload/publica/libros/libroDuelo.pdf>

La duración del proceso suele ser de seis meses a dos años, dependiendo, al igual que en la intensidad, de si era una persona muy significativa, de factores socioculturales y de diversos aspectos que pueden propiciar duelos más complejas. Estos pueden ser:

-Situacionales: accidente, suicidio, homicidio, cuerpos desaparecidos, aborto, duración de la enfermedad, falta de recursos materiales...)<sup>46</sup>.

-Personales: edad de quien ha muerto, salud frágil previa de quien pasa el duelo, no ser religioso, duelos anteriores no resueltos, expresiones de rabia y sentimientos de culpa exageradas, o retraso en la reacción emocional.

-Interpersonales: parentesco, relación ambivalente-dependiente, recuerdos dolorosos, falta de apoyo social.

Una duración o intensidad excesivas de ciertas conductas pueden advertir del riesgo o de la existencia de problemas susceptibles de intervención psicológica. La dinámica del duelo puede variar entre unas personas y otras, y oscila entre el duelo normal y el patológico. La gran diferencia es que el duelo normal presenta una duración variable, que depende de una diversidad de factores pero que tiene un final. En cambio el duelo patológico no permite asumir la pérdida ni adaptarse al cambio vivido y su sintomatología es más intensa y dura mucho más tiempo. Implica una ruptura del equilibrio psíquico con alteraciones físicas.

### **6.7.2 El duelo de los padres.**

El nacimiento de un hijo, representa un momento especial de realización en la vida de una familia; desde el embarazo hasta el parto, los padres desarrollan sentimientos de esperanza, ilusión y júbilo, proyectados hacia el futuro y ninguno de los dos imagina que habrá un final infeliz. Pero no todos los embarazos terminan satisfactoriamente y en algunos casos puede ocurrir la muerte del feto luego de la primera mitad de la gestación, lo cual implica un alto nivel de frustración emocional en los padres, a lo largo del duelo que deberá vivir<sup>47</sup>.

---

<sup>46</sup>OCHOA, Inmaculada. La experiencia transformadora de la terapia narrativa de duelo. En:Revista de Psicoterapia. 2002, vol.13,No.49,p.77-94

<sup>47</sup>OVIEDO,Soto. et al.Duelo materno por muerte perinatal.[En línea] Septiembre – Octubre 2009 [citado en Septiembre 1 DE 2012] Disponible en internet:<http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDREVISTA=30&IDARTICULO=22862&IDPUBLICACION=2329>

La ocurrencia de la muerte fetal tardía tiene implicaciones a nivel fisiológico para la mujer, sumado el aspecto psicológico y emocional materno paterno, en donde las reacciones que supone el duelo serán diversas y se modulan en relación con lo que ocurre en el ambiente que les rodee al brindarle atención en salud, sin pasar por alto el ambiente familiar y la expectativa social que existía entorno a esa gestación; todo esto cuenta en esos momentos tan dramáticos.

La pérdida en el tercer trimestre de la gestación, es una experiencia indescriptible para los padres, difícil de asimilar, dado que los bebés representan el inicio de la vida y no el final. Todos los padres van elaborando ciertas expectativas, promesas, fantasías, sueños e ilusiones con la llegada de ese bebé. Muchos padres tienen videos de las ecografías de su bebé, conocen el sexo, algunos incluso saben el nombre del niño, han sentido sus movimientos, han arreglado la habitación y han comprado algunas ropitas. Es fundamental reconocer que cuando ocurre un la pérdida fetal, el parto de un feto muerto o el fallecimiento de un recién nacido los padres han sufrido una muerte, una pérdida real y necesitan en todos estos casos procesar la pérdida<sup>48</sup>.

Tras sufrir una pérdida se ponen en marcha una serie de tareas, es lo que se denomina proceso de elaboración del duelo. El duelo es la respuesta normal y saludable a una pérdida. Es una reacción natural universal. Es algo personal, único y cada persona lo va a experimentar y manifestar de una forma distinta. Es una experiencia global que afecta no solo en los aspectos psicológicos, sino también emocionales, sociales, físicos y espirituales<sup>49</sup>.

Al respecto hay que destacar que, según diversos estudios, luego de la muerte fetal un 22% de las madres sufren algún trastorno psicológico como depresión o ansiedad; entre un 15% y 30% de los padres puede requerir fármacos y psicoterapia, y el 20% de las madres desarrolla una amplia gama de enfermedades psiquiátricas y médicas en el siguiente embarazo. Todo ello confirma que es evidente la necesidad de diversas formas de apoyo para los padres, lo cual incidirá en la prevención y reducción del duelo patológico y/o la morbilidad psicosocial<sup>50</sup>.

---

<sup>48</sup>PASTOR, Sonia. et al. Experiencias y vivencias de los padres y profesionales ante la pérdida perinatal. [En línea] 2007 [citado en Septiembre 1 DE 2012] Disponible en internet: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0190.pdf>

<sup>49</sup>PACHECO, German. Perspectiva antropológica y psicosocial de la muerte y el duelo. En: Cultura de los cuidados. Junio 2003, vol. VII, No.14, p.27-43

<sup>50</sup> PASTOR. Op.cit., p.3

## 6.8 ANSIEDAD DE LOS PADRES TRAS LA MUERTE DEL FETO

La ansiedad constituye una respuesta de alerta del organismo ante una situación de amenaza potencialmente peligrosa para su integridad física o psíquica. Esta respuesta es normal cuando se produce ante situaciones de estrés o amenaza real, pero patológica cuando se desencadena ante situaciones no amenazantes o cuando el estado de alerta se prolonga sin que exista un factor de estrés que lo justifique<sup>51</sup>.

En cualquier caso, son la intensidad y la persistencia de los síntomas a los que condicionan la calidad de ansiedad patológica y los que determinarán la actuación de médicos y terapeutas.

A diferencia de la ansiedad normal, que cumple una función adaptativa, la ansiedad patológica limita la libertad personal produciendo un deterioro del funcionamiento social. La ansiedad muestra una evidente incidencia familiar.

Existen considerables variaciones culturales en cuanto a la expresión de la ansiedad. Es importante considerar el contexto cultural a la hora de evaluar el carácter excesivo de las preocupaciones.

La ansiedad es una causa frecuente de demanda de atención médica en la Atención Primaria, aunque se estima que no todos los pacientes que la padecen consultan el médico por este motivo<sup>52</sup>.

La característica esencial del trastorno por estrés postraumático (TEP) es la aparición de síntomas característicos que siguen a la exposición a un evento estresante y muy traumático, donde el individuo se ve inmerso en hechos que representan un peligro real para su vida o integridad física, o bien es testigo de situaciones donde se producen muertes, heridos, etc<sup>53</sup>.

---

<sup>51</sup> SIERRA, Juan C. Ansiedad, Angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar.[En línea] 2003[citado en Noviembre 9 de 2012] Disponible en internet: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/271/27130102.pdf>

<sup>52</sup>Ibid.,p. 14

<sup>53</sup>DIACON, Aniela.El trastorno por estrés postraumático (TEPT) de origen laboral.[En línea] 2009-2010 [citado en Noviembre9de 2012]Disponible en internet:[http://www.upf.edu/cisal/pdf/TFM\\_Aniela\\_Diaconu.pdf](http://www.upf.edu/cisal/pdf/TFM_Aniela_Diaconu.pdf)

Los hechos estresantes deben tener una intensidad que supere las experiencias habituales. La sintomatología de este trastorno incluye miedo intenso, reexperimentación persistente del hecho traumático, evitación persistente de estímulos asociados al evento, embotamiento de la capacidad de respuesta del individuo y síntomas persistentes de activación como la hipervigilancia, dificultad de concentración, irritabilidad, y una cierta insensibilidad de las respuestas afectivas (anestesia emocional) o sentimientos de indiferencia hacia otras personas de su entorno y el futuro<sup>54</sup>.

Los síntomas suelen aparecer en los tres meses posteriores al trauma, aunque puede haber un período de tiempo antes en el que el cuadro se ponga de manifiesto. Donde debe diferenciarse de los trastornos adaptativos que pueden surgir como consecuencia de factores de estrés o acontecimientos vitales habituales en la experiencia humana.

Por lo que al realizar la identificación de las necesidades emocionales, se logra abarcar en la mayoría de los campos, a la mujer para lograr que el proceso resolutivo se inicie por medio de intervenciones a nivel emocional que generen bienestar y salud.

## **6.9 INTERVENCIONES DE ENFERMERIA**

La profesión de enfermería se ha caracterizado por la capacidad para responder a las necesidades de cuidado que la población y el sistema de salud han ido demandando. Desde siempre el profesional de enfermería ha cuidado a las personas apoyándolas en las circunstancias en las que su salud puede verse afectada y en las cuales no pueden responder de forma autónoma o, promoviendo la salud y previniendo la enfermedad de los individuos sanos<sup>55</sup>.

### **6.9.1 Intervenciones de enfermería según NursingInterventionsClassificati6n NIC<sup>56</sup>.**

Se definen como: Clasificaci6n de Intervenciones Enfermeras creadas desde 1987 por la universidad de Iowa. Son todas aquellas acciones y procedimientos que

---

<sup>54</sup>Ibit., p.36

<sup>55</sup>ECHEVERRI, Edison. La enfermería, una profesi6n de servicio. [En lnea]. 2005. [citado en Noviembre del 11 de 2012] Disponible en: <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/Enfermeria8405-Enfermeria.htm>

van encaminadas al bienestar del paciente y que son realizadas en su totalidad por los profesionales de enfermería<sup>57</sup>. Por lo que se tendrá en cuenta según la taxonomía los campos: 1. fisiológico, 2. Conductual, 3.Familiar; las necesidades emocionales identificadas que se relacionan con nuestro trabajo son:apoyo emocional, facilitar la expresión del duelo, muerte perinatal, grupo de apoyo, potenciación del sistema de apoyo, apoyo de hermanos y apoyo familiar<sup>58</sup>.

### **6.9.2 Intervenciones de enfermería según NursingOutcomesClassification NOC.**

Se define como: Clasificación de objetivos enfermeros. Creada por la Universidad de Iowa en 1991<sup>59</sup>. Son los aspectos que se tienen en cuenta para realizar una evaluación y determinar si los objetivos propuestos se han cumplido luego de realizar las acciones encaminadas al bienestar del paciente<sup>60</sup>. La taxonomía describe el nivel de dominio que se relaciona con el trabajo a desarrollar, salud funcional, salud psicosocial, conocimiento y conducta a la salud, salud percibida, salud familiar. Los indicadores a tener presentes son: Dolor, respuesta psicológica, control de la ansiedad control de pensamientos distorsionados, control del miedo, control de impulsos, control de la depresión, implicación social apoyo social, efectos adversos, nivel de dolor, severidad de los síntomas<sup>61</sup>.

Donde se considera que la enfermería es una disciplina al servicio del ser humano, sano o enfermo, por lo que la práctica cotidiana dirige su labor hacia el individuo, la familia y la comunidad, en los diferentes escenarios en los que se desarrolla. Para lograrlo, la enfermería debe apoyarse en las ciencias biológicas, sociales, humanas y la disciplina de la ética, para favorecer el desarrollo armónico del ser humano en sus diferentes espacios, fortalecer, reformar sus capacidades y potencialidades del cuidado de su salud y del logro de sus aspiraciones de vida y bienestar<sup>62</sup>.

---

<sup>57</sup>FERNANDEZ,Blanca.Taxonomías. [En línea]octubre 2010 [citado Noviembre 11 DE 2012] Disponible en internet: <http://www.taxonomiaenfermera.com/pag/noc.html>.

<sup>58</sup> HERNANDEZ, Nicanor.Et.Diagnóstic.-NANDA-NIC-NOC[En línea] 2007 [citado Noviembre de 3 de 2012]Disponible en internet: [http://www.aniorte-nic.net/apunt\\_diagn\\_enfermer\\_6.htm#NIC](http://www.aniorte-nic.net/apunt_diagn_enfermer_6.htm#NIC).

<sup>59</sup>VÁZQUEZ,José. MUNOZ,Asunción.Actualización en Enfermería.Intervenciones NIC [En línea] 2007[citado en Noviembre del 3 de 2012] Disponible en internet: <http://www.es-emoticon.com/enfermeria-actual/contenidos/nic/intervencionesnic.htm>.

<sup>60</sup> FERNANDEZ,Blanca.Taxonomías. [En línea]octubre 2010 [citado Noviembre 11 DE 2012] Disponible en internet: <http://www.taxonomiaenfermera.com/pag/noc.html>.

<sup>61</sup> HERNANDEZ,Nicanor.Et.Diagnóstic.-NANDA-NIC-NOC[En línea] 2007 [citado Noviembre de 3 de 2012]Disponible en internet: [http://www.aniorte-nic.net/apunt\\_diagn\\_enfermer\\_6.htm#NIC](http://www.aniorte-nic.net/apunt_diagn_enfermer_6.htm#NIC).

<sup>62</sup>CASTRILLÓN, M. La disciplina de Enfermería. En: Desarrollos y perspectivas de la profesión de Enfermería. 2000, vol.10,No.2,p.53-56

En este sentido, se puede señalar que la enfermería puede cumplir un papel importante en el acompañamiento de la mujer que ha sufrido pérdida fetal tardía, puesto que con una formación y unos conocimientos adecuados de los aspectos de las ciencias sociales y humanas que se relacionan con este tipo de intervención, puede contribuir a la tranquilidad emocional de ella.

A partir de reconocer unas necesidades, el profesional de enfermería está en la posibilidad de brindar y crear estrategias que puedan suplir las carencias de las mujeres y formalizar la identificación de las necesidades emocionales acordes al plan de cuidado establecido. A través de una revisión documental se pudo establecer el punto de partida para reconocer dicha problemática en el contexto mundial en cuanto al manejo que se le da a la paciente que ha presentado muerte fetal tardía.

Cabe resaltar que dentro de las funciones básicas de la enfermería está apoyar al paciente en la recuperación de los procesos patológicos, así como brindar los cuidados y la asistencia para propiciar conductas adaptativas y la reducción del estrés<sup>63</sup>; todo lo cual puede ser inherente a las mujeres que han sufrido la pérdida fetal.

Por otra parte, en términos generales se considera importante que los profesionales de la salud, incluidos los de enfermería, sepan identificar aquellas circunstancias que pueden suponer un factor de riesgo para la presencia factores emocionales que puedan presentar la mujer y familia tras la pérdida fetal. Algunas estrategias para reducir la morbilidad psicológica son<sup>64</sup>:

- 1- Proporcionar información honesta y comprensible
- 2- Proporcionar soporte emocional durante el parto e ingreso
- 3- Reafirmar la existencia del nacido y la realidad de su muerte (ver, tocar y nombrar al recién nacido)
- 4- Contribuir al esclarecimiento de las causas de la muerte
- 5- Facilitar la realización de los ritos que prefiera la familia y respetar sus creencias.

---

<sup>63</sup> ANDRADE, Magdalena. et al. Roles, principios y funciones de la Enfermería. [En línea] 2010. [citado en Noviembre del 11 de 2012] Disponible en internet: <http://www.slideshare.net/arturovera01/roles-principios-y-funciones-de-la-enfermera-peditrica>

<sup>64</sup> VOGELMAN, Robert. et al. Muerte fetal intrauterina. [En línea] 2008 [citado en Septiembre 3 de 2012] Disponible en internet: [http://med.unne.edu.ar/revista/revista188/4\\_188.pdf](http://med.unne.edu.ar/revista/revista188/4_188.pdf)

#### 6- Proporcionar un soporte psicológico activo.

Por todo lo anterior, el profesional de enfermería puede cumplir un papel fundamental para que la situación de salud de quienes atraviesan ante esta situación recuperarse adecuadamente en el campo emocional y psicológico. Para ello se requiere tener los conocimientos y mecanismos de comunicación más convenientes para enfrentar positivamente cada caso.

Esto conlleva a exhibir que en la atención materno perinatal el profesional de enfermería a cargo, debe poseer las habilidades necesarias para establecer relaciones interpersonales e identificar situaciones de riesgo, además de conocer las diferentes etapas del duelo que en esta situación se presenta y así poder saber los cambios adaptativos que presentan las mujeres que enfrentan la muerte fetal tardía en donde debe ser comprendido a través de las diferentes fases que lo caracterizan, y que puede manifestarse de manera lineal o comportarse como proceso dinámico cambiante de una fase a otra, en estas circunstancias, el abordaje de los profesionales de enfermería se debe basarse en una relación de empatía con la madre en proceso de duelo, que encierra connotaciones éticas, filosóficas y sociológicas, que deben ser tomadas en cuenta en toda gestión de salud.

La mujer que ha presentado una pérdida en su tercer trimestre del embarazo genera en la mayoría de las situaciones respuestas más duras y agudas que cuando ocurre la muerte de un familiar adulto, desarrollando durante este proceso diversas respuestas emocionales como el incremento de la sensación de irrealidad, debido que la relación con la persona que fallece no se basa en recuerdos, ni experiencias, sino en lazos afectivos que se fueron construyendo durante el proceso de gestación antes de establecer con ella un contacto físico en cuanto a la percepción de los movimientos fetales y latidos cardiacos, basándose en una relación de esperanza y proyectos de vida de los padres para con el hijo que venía en camino y que falleció.

En los padres que experimentan la muerte fetal tardía, se debe afrontar el duelo con respeto y prestarles un acompañamiento para tratar de salvaguardar la salud física y psíquica de ambos, por esto es conveniente que previo al nacimiento de un niño muerto, el personal de salud ofrezca a los padres su ayuda a enfrentar la muerte de su hijo, siempre respetando la decisión de recibir o no ayuda psicológica o espiritual que se les ofrezca, ya que la autonomía de la madre como la del padre es un principio bioético que el personal de salud debe respetar, ya

que el manejo mal orientado del duelo en la mujer puede derivar en enfermedad, por lo que representa un riesgo mayor donde puede ocasionar alteraciones psicológicas, no sólo en los padres, sino también en otros miembros de la familia.

A su vez la familia y en especial la mujer empieza a vivenciar sentimientos de desesperanza sobre lo que posiblemente pudo evitar, se cuestiona culpándose constantemente de las complicaciones que se tuvieron y surge inseguridad sobre sí misma, se siente incomprendida y culpable por lo sucedido, continuamente escucha a personas o amigos que intentan con frases de consuelo brindarle apoyo, pero por lo contrario lo que ella quiere en muchas circunstancias son espacios de soledad, experiencia que comparte de igual forma su pareja desarrollando sentimientos de culpa, de frustración, de castigo o de injusticia, pero que en muchas ocasiones de acuerdo con sus patrones socioculturales y religiosos se le dificulta expresar por la representación de figura de estabilidad y fuerza en una relación .

La identificación de las necesidades emocionales debe hacerse reconociendo que la pareja que ha perdido su hijo, necesita ayuda de parte del profesional de enfermería, quien debe brindar seguridad y confianza basada en los conocimientos para tratar a estos padres, la comunicación, la empatía, la atención, la escucha y el proporcionar un espacio donde tenga lugar a la familia para involucrar a todos los miembros del núcleo familiar, para escuchar y presenciar las reacciones inmediatas, dando soluciones a los conflictos que se puedan presentar, por parte de enfermería se hace el reconocimiento y la verificación de la necesidad de indicar una interconsulta para tratar los problemas que se puedan salir de lo previsto, logrando de esta forma optimizar la recuperación psicológica de los padres que presencian muerte fetal.

Teniendo presente en sus necesidades emocionales lo trascendental que es contribuir en el inicio del duelo, partiendo de la aceptación y reconociendo que cada mujer vivirá paulatinamente el duelo sin limitaciones de tiempo, apoyada por la pareja y familia a cicatrizar y lograr una mejor recuperación de este suceso.

En La identificaciones de las necesidades emocionales de mujeres con pérdida fetal tardía deben estar presentes las competencias de enfermería tales como conocimientos no solo de las etapas del duelo, sino poseer la habilidad para establecer una comunicación oportuna, de apoyo y sanación; evidenciados en algunos casos por la buena disposición para sostener una mano, dar un abrazo y escuchar, sirviendo de ejemplo por sus cualidades y su profesionalismo a todo el

personal que intervienen en un proceso significativo de apoyo a la mujer, pareja y familia.

### **6.9.3 Intervención de enfermería desde la teoría de Ramona Mercer.**

De acuerdo a la teoría se ejerce un rol que debe ser realizado desde el momento de la procreación en la gestación, así como en las diferentes situaciones del ciclo vital familiar, en especial con la familia, el entorno y la sociedad<sup>65</sup>. Lo que nos facilita y permite el desarrollo de la caracterización de manifestaciones emocionales que logran desencadenar las madres luego de presentar una pérdida fetal tardía, proporcionando conflictos a nivel personal, familiar, con el entorno y la sociedad marcando significativamente el rol maternal que no se logra por completo ya que la mujer perdió su hijo y no logro exteriorizar los sentimientos que tenía para compartirlos en su núcleo familiar<sup>66</sup>.

---

<sup>65</sup>ALVARADO, Laura. et al. Adopción del rol maternal de la teorista Ramona Mercer al cuidado de enfermería binomio madre-hijo: reporte de caso en la unidad materno infantil. [En línea] Octubre 2011 [citado el 2 de 11 de 2012]. Disponible en Internet: <http://cuidarte.udes.edu.co/attachments/article/56/adopcion%20del%20rol%20maternal.pdf>

<sup>66</sup>HUNFELD, Joke. The grief of late pregnancy loss. [En línea] 1995 [citado 23 de 11 de 2012] Disponible en internet: [http://repub.eur.nl/res/pub/21989/950913\\_HUNFELD,%20Johanna%20Aurelia%20Maria.pdf](http://repub.eur.nl/res/pub/21989/950913_HUNFELD,%20Johanna%20Aurelia%20Maria.pdf)

## 7. METODOLOGIA

Se utilizó la técnica de revisión documental para el desarrollo de este estudio teniendo en cuenta que es la forma más significativa de consolidar información de forma resumida, ordenada y coherente proporcionando un alto nivel de evidencia sobre temas de salud<sup>67</sup>, permitiendo la comprensión y profundización desde diferentes perspectivas del fenómeno estudiado, desarrollada en tres fases definidas así: búsqueda de documentos, selección de artículos y análisis de artículos.

Cuando se habla de la revisión sistemática se habla de la evidencia científica, que satisface 4 grandes interrogantes, '¿Por qué empezó?', '¿Qué hizo?', '¿Que encontró?' y '¿Y esto qué significa?'.

En los años 80 en Canadá en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de McMaster, un grupo de epidemiólogos buscaron la publicación del análisis basado en la evidencia lo que hoy en día se conoce como Medicina Basada en la Evidencia (MBE) donde los médicos realizan sus aplicaciones mediante este tipo de investigación. Dando pie a que la Enfermería Basada en la Evidencia (EBE) se reconociera como la práctica de la enfermería en el mundo anglosajón, según es señalado por la American Nursing Association (ANA).

Enfermería sintió la necesidad de realizar al igual que otras facultades proceso de cambio donde integraron partes del modelo médico para brindar un mejor conocimiento en la disciplina psicosocial teniendo en cuenta su especificidad y el objetivo del estudio, permitiendo que se hagan investigaciones de tipo cuantitativo.

Para enfermería el enfoque es oportuno para toma de decisiones a nivel clínico, tanto los pacientes como las familias se incluyen y contribuyen a la toma de decisiones para solucionar problemas de la salud.

---

<sup>67</sup>COELLO, Pablo. Et al. Enfermería basada en la evidencia. Hacia la excelencia en los cuidados [En línea].2004.[citado en Abril 3 DE 2011] Disponible en internet: [http://www.enfermeria21.com/pfw\\_files/cma/2\\_varios/libros\\_on\\_line/evidencia.PDF](http://www.enfermeria21.com/pfw_files/cma/2_varios/libros_on_line/evidencia.PDF)

## **7.1 BUSQUEDA DE DOCUMENTOS**

### **7.1.1 Criterios De Inclusión.**

Los documentos fueron guías de práctica clínica, informes, revisiones sistemáticas de la literatura, estudios de Intervención y observacionales publicados en revistas científicas desde el año 1990 hasta 2012 en idioma inglés, español y portugués, en donde:

- La muestra de sujetos incluida en los estudios debía ser de mujeres con pérdida fetal tardía o perinatal.
- Los estudios debían describir necesidades, intervenciones o tratamiento en el caso muerte fetal tardía o perinatal.

### **7.1.2 Palabras clave.**

Para la búsqueda, se tuvieron en cuenta las siguientes:

✓ *Español:*

1. Muerte fetal Intrauterina.
2. Atención en enfermería.
3. Óbito fetal.
4. Afrontamiento de la pérdida fetal.
5. Duelo fetal tardío o perinatal.

✓ *Ingles:*

1. Fetal deathintrauterine.
2. Nursingcare.
3. Late miscarriage
4. Stillbirth.
5. Fetal mortality.

✓ *Portugues:*

1. O cuidado de enfermagem.
2. Morte no terceiro trimestre de gravidez.
3. Natimorto
4. Luto perinatal lidar.

### **7.1.3 Estrategia de búsqueda para la identificación de los artículos.**

La primera estrategia fue la búsqueda avanzada en la biblioteca de la universidad de la Pontificia Universidad Javeriana (libros, revistas, tesis) teniendo como criterios de búsqueda la palabra clave el término de muerte fetal tardía en español

o late fetal death en inglés e intervención de enfermería o Nursingcare, de acuerdo a estos datos, no se obtuvo gran cantidad de documentos definiendo dos tipos de obstáculos claros en la búsqueda: 1. el título de los documentos no estaban relacionados con el contenido del mismo y en el segundo abordaban el tema de pérdida fetal tardía pero no mencionaban ninguna intervención, necesidad o tratamiento, situación que dificultó la localización de documentos apropiados y conllevó que el tiempo del estudio se prolongara, teniendo en cuenta esto, se decide empezar a realizar la búsqueda de los artículos en diferentes bases de datos como: Scielo, Scisearch, PubMed (Medline), Bireme, Biblioteca Nacional en Salud (BVS), Cochrane BVS, Dialnet, Mujer, Materna y Perinatal (BVS), Nursing & Allied Health Source, Salud Pública - GRIS (BVS), PAHO- Colección de la biblioteca de la Organización Panamericana de la Salud, Journal of obstetric, gynecologic & neonatal nursing, donde se obtuvo los siguientes resultados de búsqueda, teniendo en cuenta que para su recopilación se utilizaron las palabras claves anteriormente mencionadas y se combinaron entre sí para obtener más información:

- SCIELO:
  - Muerte fetal tardía (1470 Artículos).
  - Pérdida Fetal (5640 Artículos).
  - Intervención de enfermería and pérdida fetal (43 Artículos).
  - Óbito fetal (27 Artículos).
  
- SCIENT DIRECT:
  - Muerte fetal intrauterina (54 Artículos).
  - Fetal death intrauterine (259 Artículos).
  - Atención de enfermería (236 Artículos).
  - Nursingcare (9714 Artículos).
  - Óbito Fetal (447 Artículos).
  - Stillbirth: (103 Artículos).
  
- PUDMED (MEDLINE)
  - Óbito fetal (27 Artículos)
  - Stillbirth (93 Artículos).
  - Muerte fetal (7 Artículos)
  - Atención de enfermería (236 Artículos).
  - Nursingcare (1784 Artículos).

- BIBLIOTECA NACIONAL EN SALUD (BVS)
  - Muerte fetal texto completo (2051 Artículos).
  - Muerte fetal tardía (109 Artículos).
  
- OBSTETRIC Y GINECOLOGY PREGNANCY LOSS:
  - Perinatal loss (250 Artículos).
  - Copingstrategies (7 Artículos).
  - Social Support Professional (33 Artículos).
  - Stillbirth (124 Artículos).
  - Nursing intervention (97 Artículos).
  
- JOURNAL OF OBSTETRIC GYNECOLOGIC & NEONATAL NURSING:
  - Fetal loss (1831 Artículos).
  - Intervention pregnancy loss (146 Artículos).
  
- PAHO- COLECCIÓN DE LA BIBLIOTECA DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD:
  - Óbito fetal (26 Artículos)
  - Muerte fetal tardía (1 Artículos)
  - Mujeres que enfrentan muerte fetal tardía( 0Artículos).
  - Nursing care AND Fetal death intrauterine ( 31 Artículos).
  - Atención de enfermería en muerte fetal (11 Artículos).
  - Fetal mortality (228 Artículos).
  - Duelo perinatal (5 Artículos).
  - Muerte perinatal (76 Artículos).
  - Perinatal death (913 Artículos).
  - Mulheresdiante do óbito fetal (1 Artículo).

Donde los criterios de exclusión usados para la selección de los artículos fueron; investigaciones que no cumplieran con el rango cronológico propuesto, artículos de opinión, artículos metodológicamente incompletos no incluyen objetivos, metodología o resultados y aquellos donde los sujetos de investigación no fueran pacientes con pérdida fetal tardía o perinatal.

## 7.2 SELECCIÓN DE DOCUMENTOS

La búsqueda en las bases de datos antes mencionadas arrojó la consecución de 36 artículos que fueron publicados en revistas de enfermería especializadas y medicina cuyo idioma fue inglés, español o portugués los cuales fueron traducidos y analizados posteriormente.

Dichos artículos presentaban acceso libre y palabras claves con resúmenes que permitían su selección preliminar, arrojando como resultado la exclusión de veinte y uno (21) artículos, de los cuales, once (11) se suprimieron por ser artículos de opinión sin fundamentación ni sustento teórico, cinco (5) porque a pesar de tener las palabras claves no tenían pertinencia de la información sustraída y/o presentaban incoherencia metodológica, y los cinco (5) artículos restantes no se utilizaron para la elaboración de la discusión pero si para la elaboración del marco teórico por tener una revisión descriptiva del tema.

En conclusión, la selección determinó que quince (15) artículos, de los cuales, siete (7) se encontraban en idioma español, siete (7) en inglés y uno (1) en portugués y cuyos diseños de investigación encontrados se resumen a continuación en la tabla 2, siendo los de mayor representación los artículos con diseño descriptivo.

**Tabla 2** Diseño metodológico de los artículos de investigación analizados

Diseño metodológico	Número de artículos
Cohortes	1
Casos y Controles	2
Descriptivo	9
Experimental	1
Fenomenológico	1
Revisión Documental	1

Fuente: Elaboración propia. SOSSA Amanda, VELASQUEZ Ángela, VICENTES Andrea.

Para la presente revisión documental de los artículos seleccionados, se consolidó en una tabla resumen, la cual da a conocer los datos más relevantes de acuerdo al año de publicación, número asignado, título del artículo, autor principal, año, país, idioma y medio de publicación. Consolidado descriptivo de artículos seleccionados. (Ver tabla 3)

**Tabla 3** Consolidado descriptivo de artículos seleccionados

NUMERO	TÍTULO	AÑO AUTOR	PAÍS E IDIOMA	MEDIO DE PUBLICACIÓN
1	THE GRIEF OF LATE PREGNANCY LOSS	1990 – 1991 J.A.M. Hunfelda, J.W. Wladimiroff, J. Passchier	HOLANDA Ingles	En línea. SciencieDirect
2	ESTUDIO ANATOMO-CLÍNICO DE LAS CAUSAS DE MUERTE FETAL	1998 – 2012 Alfredo Ovalle S, Elena Kakarieka W. Ángel Correa P. María Teresa Vial P. Carlos Aspillaga	Venezuela Español – Ingles	Revista chilena de obstetricia y ginecología
3	FACTORES ASOCIADOS A MORTALIDAD PERINATAL EN EL HOSPITAL GENERAL DE CHIAPAS, MÉXICO.	1999. Leonor River; María de Lourdes Fuentes Romá; Carlos Esquinca Albores; Francisco Javier Abarca Carlos Hernández Girón.	México Español-Ingles	Revista de Salud Pública.
4	IMPACT OF PERINATAL LOSS ON THE SUBSEQUENT PREGNANCY AND SELF=WOMEN'S EXPERIENCES	1999 Cote – D, Arsenault, NomvuyoMahlangu	HOLANDA Ingles	En línea Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing
5	WOMEN'S VOICES REFLECTING CHANGED EXPECTATIONS FOR PREGNANCY AFTER PERINATAL LOSS	2001 Cote – D, Arsenault, Morris on – D Beedy	EEUU Ingles	En línea Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing
6	FACTORES DE RIESGO PRENATALES EN LA MUERTE FETAL TARDÍA, HOSPITAL CIVIL DE GUADALAJARA, MÉXICO	2004 – 2009 J. Guadalupe Panduro B. J. Jesús Pérez M. Elizabeth Guadalupe Panduro M, Juan Francisco Castro H. María Dolores Vázquez	México Español-Ingles	Revista chilena de obstetricia y ginecología
7	SOCIAL AND PROFESSIONAL SUPPORT NEEDS OF FAMILIES AFTER PERINATAL LOSS.	2005 Marianne H. Hutti	EEUU Ingles	En línea Journal of obstetric gynecologic & neonatal nursing
8	INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL ÓBITO FETAL EN 2 HOSPITALES VENEZOLANOS	2006 Erika Rojas, Karimar Salas, Gustavo Oviedo, Geovanny Plenzky	Venezuela Español-Ingles	Revista chilena de obstetricia y ginecología

**Tabla 3**Continuación

9	MUERTE FETAL IN ÚTERO: ETIOLOGÍA Y FACTORES ASOCIADOS EN UN HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA, CHILE	2007 Jeannette Linares, Ronald Poulse	Chile Español	En línea Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing
10	CARING FOR FAMILIES COPING WITH PERINATAL LOSS	2008 Carol Roehrs, Anne Masterson, Ruth Alles, Catherine Witt, and PhillisRutt	EEUU Ingles	En línea Journal of obstetric gynecologic & neonatal nursing
11	THE PARENTAL EXPERIENCE OF PREGNANCY AFTER PERINATAL LOSS	2008 Pamela D. Hill, Debackere Katrina y Karen L kavanaugh	Ingles	En línea Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing
12	PERCEPÇÕES DE ENFERMEIRAS SOBRE A ASSISTÊNCIA PRESTADA A MULHERES DIANTE DO ÓBITO FETAL.	2009 Camila da Silva Santos, Juliana Freitas Marques, Francisco Herlânio Costa Carvalho, Ana Fátima Carvalho Fernandes, Ana Ciléia Pinto Teixeira Henriques, Karla de Abreu Peixoto Moreira.	Portugués, Ingles y Español.	En línea. SciELO
13	THE INFLUENCE OF PRIOR PERINATAL LOSS ON PARENTS' PSYCHOLOGICAL DISTRESS AFTER THE BIRTH OF A SUBSEQUENT HEALTHY INFANT	2009 Deborah S. Armstrong, Marianne H. Hutti, and John Myers	EEUU Ingles	En línea Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing
14	ÓBITO FETAL, DISTIMIA Y REACCIÓN DEPRESIVA.	2010 – 2011 Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General de Zona Número 1, Oaxaca. México	Ingles y Español	En línea SciELO
15	PAUTAS DE MANEJO DEL EMBARAZO MÚLTIPLE COMPLICADO CON LA MUERTE FETAL IN ÚTERO DE UN GEMELO	2012 Susana Barba J, Jorge Carvajal C.	Chile Español- Ingles	Revista chilena de obstetricia y ginecología

Fuente: SOSSA, Amanda. VELASQUEZ, Ángela. VICENTES Andrea.. Artículos seleccionados.

### 7.3 ANÁLISIS DE ARTÍCULOS

La información extractada de los artículos para su manejo y posterior análisis fue organizada de acuerdo a pautas establecidas por la Ficha descriptiva analítica validada en las investigaciones que desarrolla la Pontificia Universidad Javeriana, siendo estas realizadas por autoría propia por Amanda Sossa, Angela Velasquez y Mayerli Vicentesherramienta por la que se pretende mostrar el artículo y su pertinencia en relación con el tema objeto de éste trabajo (Ver anexos 1 al 15), donde se consigna y presenta la información válida para la investigación de acuerdo a cuatro parámetros:

1. Datos de identificación del artículo: Incluye el título en el idioma original en conjunto con su traducción si así fuese necesario, los respectivos autores, el año y lugar donde se realizó la investigación o ubicación de la entidad que lo presenta, idioma y medio de publicación donde fue hallado.
2. Información metodológica; En este apartado, se revisan los elementos concernientes al tipo de estudio utilizado para la realización del artículo, se expone adicionalmente, la población y la muestra seleccionada junto con la identificación de la técnica estadística utilizada para el análisis.
3. Aportes al contenido: Donde de manera puntual se describe cada aporte según objetivos siendo parte clave para realizar el análisis de cada objetivo.
4. Análisis metodológico, juzgamiento y conclusiones: Constituye el último parámetro desarrollado, en él se realiza la extracción de los comentarios y/o resultados que citados de manera textual o de forma resumida demuestran porqué el artículo escogido es valioso para la discusión del tema en cuestión.

## 7.4 ANALISIS Y PRESENTACION DE RESULTADOS

Para la presentación de los resultados se muestra inicialmente la sabana de documentos (Tabla 5) donde aparece la manifestación emocional que refiere cada artículo revisado; posteriormente la grafica 1 refleja la frecuencia de aparición de las manifestaciones emocionales encontradas.

La revisión permitió identificar los factores asociados a las características de muerte fetal intrauterina (tabla 6), los cuales infieren la importancia que tiene el aspecto socio- demografico en fenómenos de salud.

Vale la pena aclarar que para determinar el porcentaje de los artículos se creó la fórmula que aparece a continuación.

Tabla 4Fórmula para sacar porcentaje

INDICE	FÓRMULA	PROCEDENCIA DEL INDICADOR
Frecuencia Relación porcentual (%)	$\frac{\text{NO. SE ARTÍCULOS SEGÚN TEMÁTICA ANALIZADA}}{100} \times \text{TOTAL DE ARTÍCULOS ANALIZADOS}$	Artículos analizados

Fuente: SOSSA, Amanda. VELASQUEZ, Ángela. VICENTES Andrea.

### 7.4.1 Identificación de necesidades emocionales

Tabla 5 Manifestaciones emocionales de las mujeres con pérdida fetal tardía

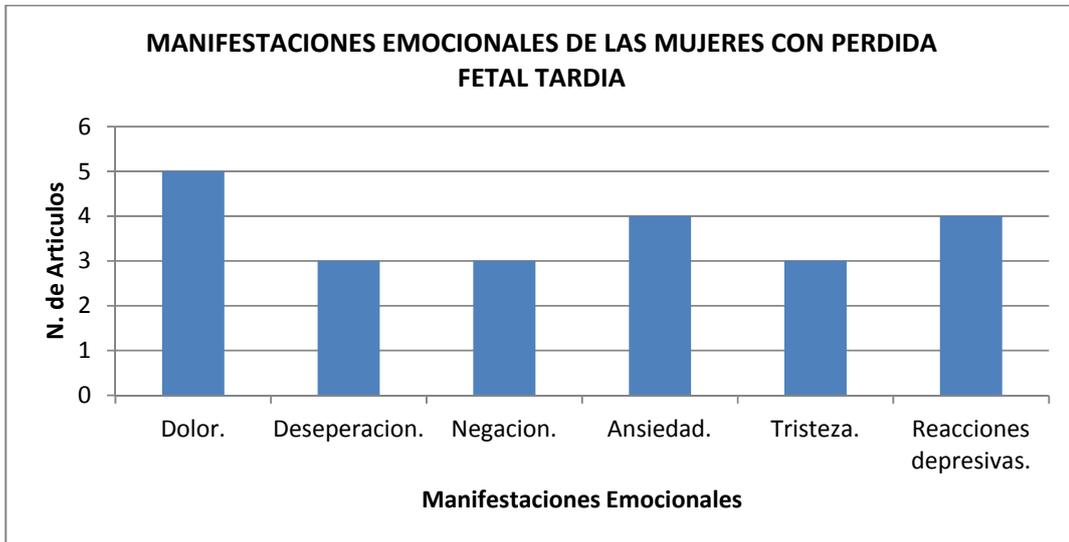
	MUESTRA	DOLO R	DESESPERA CION o CÓLERA	NEGACION O DIFICULTAD EN EL AFRONTAMIENTO.	ANSIED AD	DISTIMIA O TRISTEZA	REACCIONES DEPRESIVAS
1 J.A.M. HUNFELDA	46 Mujere s con périd a	X	X	X	X	X	X
4							

**Tabla 5** Continuación

COTE – D, ARSENAULT, NOMVUYO MAHLANGU	72 Mujere s				X		
<b>5</b> COTE – D, ARSENAULT, MORRIS ON – D BEEDY	21 Mujere s				X		X
<b>7</b> MARIANNE H. HUTTI	NA	X		X			
<b>10</b> CAROL ROEHRS	35 Enferm eras	X			X		
<b>11</b> PAMELA D. HILL, DEBACKERE KATRINA Y KAREN L KAVANAUGH	NA		X	X		X	
<b>13</b> DEBORAH S. ARMSTRO NG, MARIANNE H. HUTTI, AND JOHN MYERS	36 Pareja s	X	X				X
<b>14</b> VARGAS- MENDOZA, J.E.	10 Mujere s con péridid a	X				X	X
<b>TOTAL</b>		5	3	3	4	3	4

Fuente:SOSSA Amanda, VELASQUEZ Ángela, VICENTES Andrea.

### 7.4.2 Grafica 1 Manifestaciones emocionales de las mujeres con pérdida fetal tardía.



Fuente: SOSSA, Amanda. VELASQUEZ, Ángela. VICENTES Andrea. Según artículos relacionados y analizados en la tabla 3

las manifestaciones emocionales de las mujeres que han enfrentado una muerte fetal tardía, en 6 artículos (40%) hacen referencia al dolor, ubicándolo como la principal manifestación expresada por las madres durante este proceso, le sigue (26.6%) la ansiedad y las reacciones depresivas que igual que el dolor son importantes, por lo cual se debe tener en cuenta que aunque la desesperación, negación y la tristeza aparecen con el 20% son emociones muy importantes pero no se muestra en los artículos analizados el impacto social y de salud que desencadenan.

Se puede inferir la necesidad de intervenciones de enfermería para cada uno de estos aspectos tanto a nivel primario, promoción y prevención como en el tratamiento oportuno como la identificación temprana de complicaciones teniendo en cuenta cada uno de estos ítems de mayor frecuencia a menor frecuencia. Los conocimientos que tienen los profesionales de la salud pretenden contribuir al apoyo emocional de forma oportuna y prudente al establecer comunicación terapéutica efectiva y honesta, que permita desarrollar actividades enfocadas al manejo de las manifestaciones emocionales, que integre la red de apoyo: la pareja, la familia y la sociedad.

Las mujeres que inician un proceso gestacional y han experimentado una pérdida fetal anterior tienden a generar más ansiedad, stress, un estado de hipervigilancia

y escepticismo con embarazos posteriores, tienen claro y lo expresan “la gestación actual no supe a la anterior”; este tipo de respuesta justifica la preocupación constante sobre el desarrollo de esta nuevo embarazo que implícitamente muestra el temor a que este embarazo termine en pérdida por muerte fetal tardía, lo que nos lleva comprometernos con un proceso de atención de enfermería riguroso que evalúe las necesidades de cada madre/padre individualmente y de manera conjunta permita crear estrategias e intervenciones que optimicen el cuidado.

#### 7.4.3 Factores asociados a las características de muerte fetal intrauterina.

<b>FACTORES ASOCIADOS</b>	<b>TIPO DE CARACTERÍSTICAS</b>	<b>FRECUENCIA</b>
situación conyugal, ocupación, escolaridad, edad de los padres, ingreso familiar, lugar de procedencia, características de la vivienda, disponibilidad de agua potable y drenaje, posesión de bienes materiales (acceso a medios de comunicación TV)	Características del socio demográficas	Altamente frecuentes
el número de embarazos, número de partos, número de abortos, período intergenésico, vía de nacimiento del último producto, uso de oxitócicos y control prenatal.	Características gineco-obstetricas	Frecuentes
edad gestacional, sexo y peso al nacer.	Características del producto (Entendiendo por producto el feto)	Menos frecuentes.

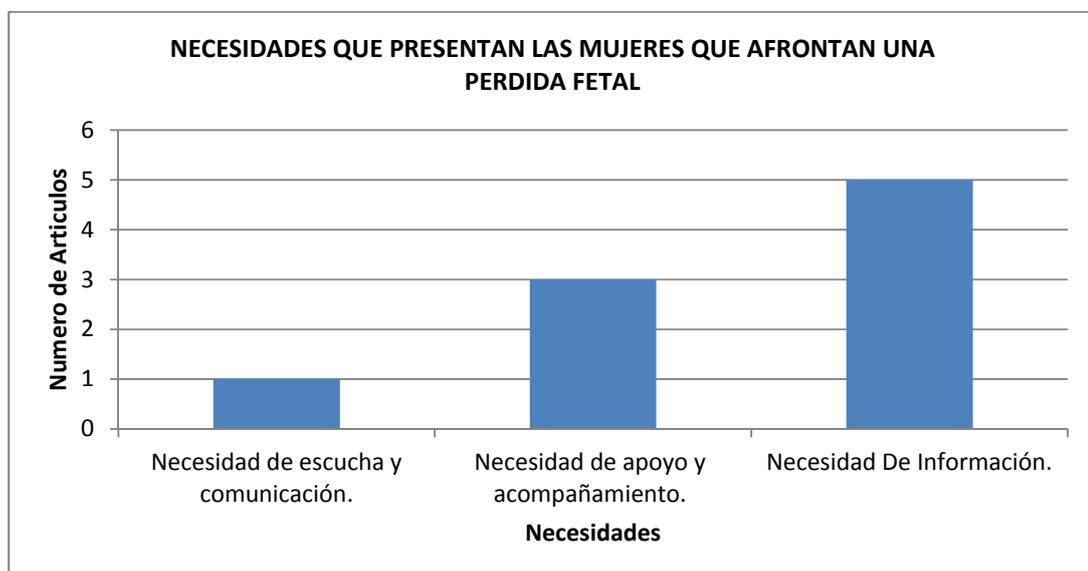
Elaborado por; SOSSA, Amanda. VELASQUEZ, Ángela. VICENTES Andrea. Fuente: RIVERA, Leonor. Factores asociados a mortalidad perinatal en el hospital general de Chiapas, México. LINARES, Jeannette. Muerte Fetal in útero: Etiología y factores asociados en un hospital regional de Antofagasta, Chile.

## 7.5 CARACTERIZACIÓN DEL TIPO DE NECESIDAD QUE PRESENTA LAS MUJERES QUE AFRONTAN LA PÉRDIDA FETAL.

Para la presentación de los resultados se muestra en la gráfica 2 en donde se refleja la frecuencia de las necesidades que presentan las mujeres que afrontan una pérdida fetal tardía encontrada.

La revisión permitió identificar en los artículos analizados las necesidades que presenta este grupo poblacional en donde se resaltan las necesidades con mayor predominio: información, apoyo y escucha.

Grafica 2 NECESIDADES QUE PRESENTAN LAS MUJERES QUE AFRONTAN UNA PERDIDA FETAL



Fuente: SOSSA, Amanda. VELASQUEZ, Ángela. VICENTES Andrea. Base de datos: tabla 3.

La grafica 2 representa aquellas necesidades que puede presentar una mujer que afronta una pérdida fetal tardía, identificando como la principal necesidad con un 33.3% la falta de información durante el proceso de atención, donde le surge un sin número de interrogantes relacionados con las causas, manifestaciones y complicaciones posteriores a la pérdida, como el impacto para sus próximos embarazos esperando que sus inquietudes sean resueltas, según lo referido por los autores de los artículos (1,4, 5,11, 12 y 13) mencionados según numeración de fichas descriptivas de cada artículo (tabla 3), refieren además que el 20% tienen necesidad de acompañamiento por parte de su red de apoyo, donde hacen referencia el sentirse sola y no tener el soporte necesario por parte de su pareja o familia, luego la ilustración señala con un 6.6% la necesidad de escucha y comunicación terapéutica siendo de gran importancia para el profesional de enfermería identificar dichas manifestaciones para establecer un plan de cuidado individualizado que permita establecer una atención humanizada basada en cada una de sus necesidades.

ART	Necesidades de información, escucha,
1	El cuidado debe estar dirigido en la atención de las necesidades de información médica y soporte emocional, partiendo de la realización de una valoración psicológica de las mujeres identificadas que mostrando signos de insuficiencia o alteración psicológicas.
4	Durante el estudio las mujeres pueden expresar sus sentimientos y experiencias, los que nos lleva a que se creen estrategias de escucha para entender a cada una de las mujeres y así bajar los niveles de ansiedad que manejan y de otro lado la canalización del duelo.  Ser empático tanto después de una pérdida y durante los posteriores embarazos. Dado que las reacciones son la salud individual, proveedores de atención médica deben escuchar a la percepción de cada mujer de su experiencia y responder a sus necesidades individuales.
12	Se realiza hincapié en aumentar los espacios de comunicación terapéutica que permita generar un mayor apoyo psicológico y emocional, cuya función principal expresado por las enfermeras es la escucha activa, suavizando el momento de profunda tristeza de estas mujeres y las familias que sufren la pérdida fetal.

Fuente: SOSSA, Amanda. VELASQUEZ, Ángela. VICENTES Andrea.. Artículos seleccionados.

## 7.6 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN RELACIÓN A LAS NECESIDADES QUE PRESENTA LA MUJER QUE AFRONTA MUERTE FETAL TARDÍA

Para la presentación de los resultados se muestra inicialmente la sabana de documentos donde se hace referencia a la poca o casi nula de intervención del profesional de enfermería ante las necesidades emocionales de la mujer con muerte fetal tardía, encontrándose evidencia en los artículos analizados que este manejo es realizado por otras áreas de las ciencias humanas.

ART	Manejo emocional
1	Se reconoce que en de las revisiones bibliográficas realizadas se encuentran estudios sobre el manejo emocional y psicológico de la mujer que ha presentado muerte fetal desde diferentes profesiones como psicología y psiquiatría, pero no se plantea ninguna atención desde la profesión de enfermería, siendo reconocido como unos de los profesionales que tiene mayor contacto con la dicha población duran este proceso inmediato del duelo.
9	Se evidencia en este estudio que no hacen énfasis en el manejo psicológico ni emocional, además que no hay un plan de manejo por parte del profesional enfermería cuando se presenta muerte fetal.
11	Se reconoce que a pesar de las revisiones bibliográficas realizadas no se encuentran estudios sobre el manejo emocional de la mujer que ha presentado muerte fetal ni atención del plan de atención por parte del profesional de enfermería
12	En el abordaje realizado se reconoce que a pesar de las revisiones bibliográficas, son insuficientes los estudios que se encuentran sobre el manejo emocional de la mujer que ha presentado muerte fetal, de igual forma que un plan de atención específico por parte del profesional de enfermería dirigido a dicha población.
14	Se reconoce que en de las revisiones bibliográficas realizadas se encuentran estudios sobre el manejo emocional y psicológico de la mujer que ha presentado muerte fetal desde diferentes profesiones como psicología y psiquiatría, pero no se plantea ninguna atención desde la profesión de enfermería, siendo reconocido como unos de los inmediato del duelo.

Fuente: SOSSA, Amanda. VELASQUEZ, Ángela. VICENTES Andrea.. Artículos seleccionados.

### 7.6.1 Apoyo del profesional de enfermería para el grupo poblacional afectado emocionalmente.

En la (tabla 6) las escasas intervenciones de enfermería que aparecen documentados en los artículos analizados, en relación al apoyo ofrecido por parte del profesional de enfermería a la mujer, la pareja y la familia, presentando a su vez la frecuencia con que aparece en la revisión documental dicha intervención al grupo poblacional afectado emocionalmente.

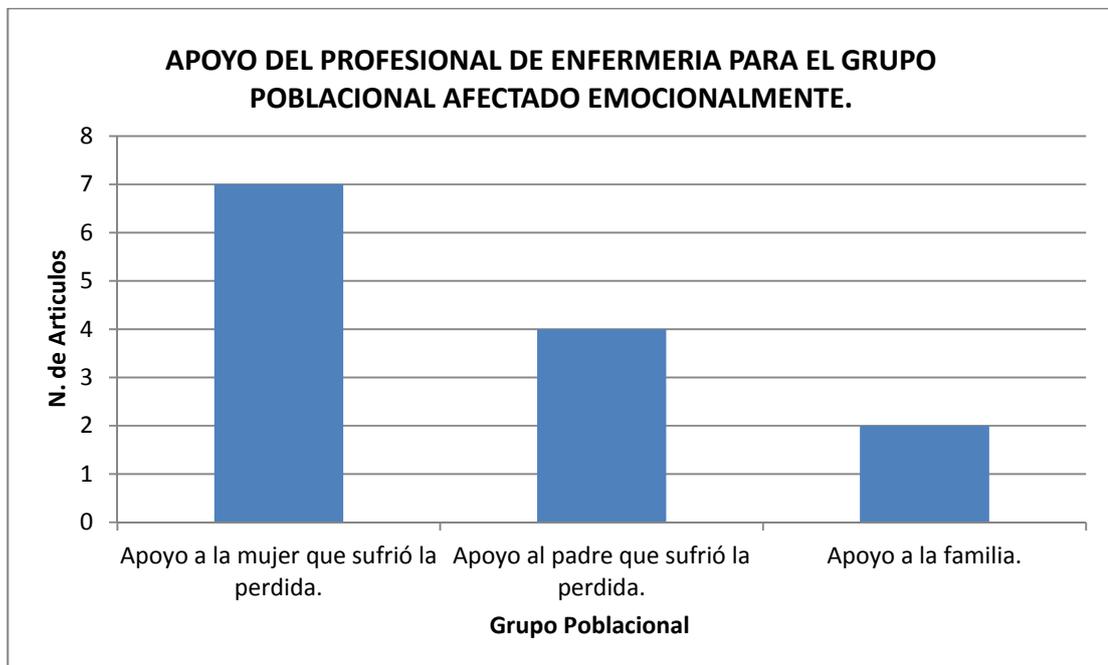
Tabla 6 Apoyo del profesional de enfermería para el grupo poblacional afectado emocionalmente.

AUTOR	MUESTRA	APOYO EN EL DUELO DE LA MUJER QUE SUFRIÓ LA PÉRDIDA	APOYO AL PADRE QUE SUFRIÓ LA PÉRDIDA	APOYO A LA FAMILIA
1 J.A.M. HUNFELDA	46 (Mujeres con pérdida fetal)	X		
4 COTE – D, ARSENAULT, NOMVUYO MAHLANGU	72 mujeres	X		
5 COTE – D, ARSENAULT, MORRIS ON – D BEEDY	21 Mujeres	X	X	
7 MARIANNE H. HUTTI	N/A	X	X	
10 CAROL ROEHRS	35 (Enfermeras con experiencia en duelo por pérdida fetal)	X	X	X
2 CAMILA DA SILVA SANTOS	9 (Enfermeras con experiencia en duelo por pérdida fetal)	X		X
13 DEBORAH S. ARMSTRONG, MARIANNE H. HUTTI, AND	36 parejas	X	X	

JOHN MYERS				
<b>TOTAL</b>		7	4	2

Fuente: SOSSA, Amanda. VELASQUEZ, Ángela. VICENTES Andrea. Autores con base a los artículos revisados.

**Grafica 3** Apoyo del profesional de enfermería para el grupo poblacional afectado emocionalmente.



Fuente: SOSSA, Amanda. VELASQUEZ, Ángela. VICENTES Andrea. Según artículos relacionados y analizados en la tabla 3.

En la gráfica 3 se muestra el apoyo que brinda el profesional de enfermería al grupo poblacional que se encuentra afectado por la muerte fetal tardía, siendo el 46.6% de gran importancia ya que prevalece el apoyo a la mujer que sufrió dicha pérdida, seguida por un 26.6% el apoyo a la pareja en este caso al padre que ha estado presenciando la situación que vive su esposa, el 13.3% por lo contrario hace referencia a la familia ya que representan expectativas ante un nacimiento, ante un bebe que viene en camino y que esperan con ilusión con deseo de entregar el amor y el cariño que requiere, por lo cual es importante para el

profesional de enfermería iniciar un apoyo inmediato de acuerdo al grado de importancia que refleja la ilustración analizada, se referencian artículos citados en la (tabla 5,7,10 y 12) que hacen referencia a estos tipos de apoyo que se pueden ofrecer a dicha población.

ART	Necesidades de apoyo
5	La mayoría de las mujeres temen la recurrencia de las pérdidas en embarazos posteriores con frecuencia se llena de ansiedad, es por eso que el profesional de enfermería debe continuar el cuidado a la mujer en el duelo creando estrategias de apoyo eficaces que permitan comunicación continua para afrontar las necesidades de cada una de ellas ante la pérdida perinatal proporcionándoles una atención adecuada a cada mujer.
7	Perpetua la importancia de evaluar a cada padre y familia de forma individual e intervenirlos adecuadamente para ofrecer un apoyo social eficaz y apoyo profesional a las necesidades y expectativas de cada familia, las cuales lleguen a estar tan cerca como sea posible al nivel y a las expectativas de los padres en cuanto al acompañamiento esperado por el profesional y la red de apoyo ante la situación de pérdida.
10	La educación inicial y continua del profesional de enfermería sobre el cuidado de duelo perinatal es necesario para proveer un cuidado integral a la mujer y su familia, generando así estrategias eficaces de apoyo y comunicación en el proceso de afrontamiento al duelo y ante el desafío emocional que se presenta, proporcionando una atención con alta calidad en el cuidado haciendo participe a todo el grupo de trabajo.
12	Es de suma importancia evaluar del sistema de apoyo de redes de los padres ya que permitirá a los profesionales de enfermería y proveedores de atención de salud para trabajar con los padres para promover la elección de los procedimientos que se pueden realizar en la siguiente gestación.

Fuente: SOSSA, Amanda. VELASQUEZ, Ángela. VICENTES Andrea.. Artículos seleccionados.

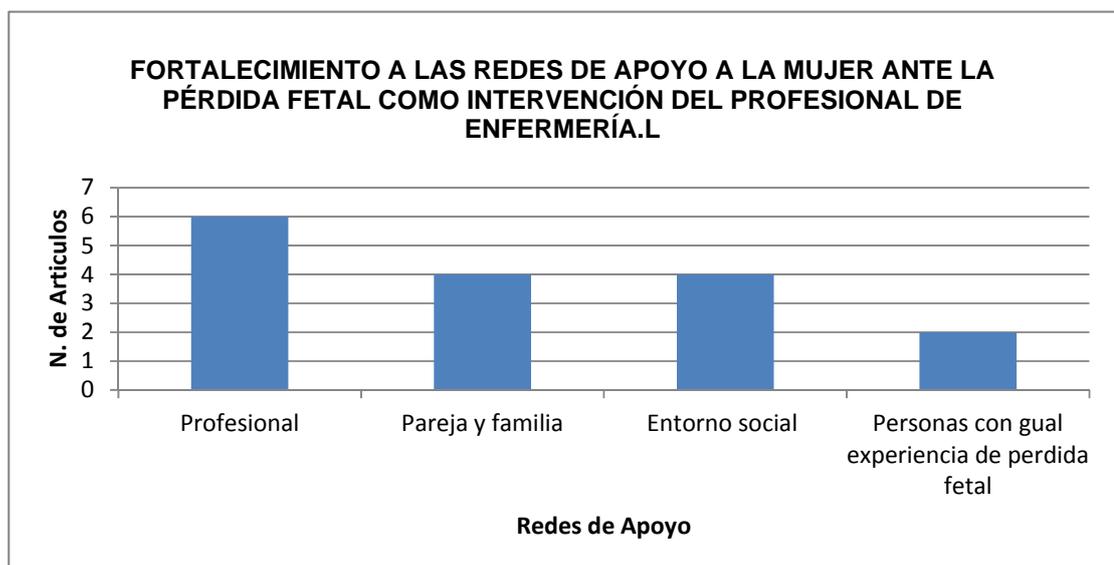
**Tabla 7** Fortalecimiento a las redes de apoyo a la mujer ante la pérdida fetal como intervención del profesional de enfermería.

Autor	No de Muestra	Profesional	Esposo y familia	Entorno social	Intercambio de experiencias con personas que han sufrido pérdidas
1 J.A.M. HUNFELDA	46 (Mujeres con pérdida fetal)	X	X	X	X
7 MARIANNE H. HUTTI	N/A	X	X	X	
10 CAROL ROEHRS,	35 (Enfermeras con experiencia en duelo por pérdida fetal)	X			X
11 PAMELA D. HILL, DEBACKERE KATRINA Y KAREN L KAVANAUGH	NA Revisión documental	x			
12 CAMILA DA SILVA SANTOS	9 (Enfermeras con experiencia en duelo por pérdida fetal)	X	X	X	
14 VARGAS- MENDOZA, J.E.	10 (Mujeres con pérdida fetal)	X	X	X	
<b>TOTAL</b>		6	4	4	2

Fuente: SOSSA, Amanda. VELASQUEZ, Ángela. VICENTES Andrea. Autores con base a los artículos revisados.

**7.6.2 Fortalecimiento a las redes de apoyo a la mujer ante la pérdida fetal.** Para la presentación de los resultados se muestra en la gráfica 4 en donde se refleja la frecuencia de la intervención de enfermería en cuanto el fortalecimiento de apoyo de la mujer.

Grafica 4. Fortalecimiento a las redes de apoyo a la mujer ante la pérdida fetal como intervención del profesional de enfermería.



Fuente: SOSSA, Amanda. VELASQUEZ, Ángela. VICENTES Andrea. Autores con base a los artículos revisados.

La grafica 4 representa todo el apoyo que se enfoca a la madre con muerte fetal tardía el 40% de los artículos hacen referencia a el apoyo ofrecido por el profesional de enfermería siendo este de gran importancia ya que el apoyo es brindado desde el momento en que la mujer entra a un servicio de hospitalización, durante el proceso y su egreso de la misma, adicional a ello se observa que el 26.6% hacen referencia al apoyo otorgado por la pareja y la familia de igual modo el 26.6% hace referencia al entorno social es decir al apoyo de la comunidad, de los amigos que se relacionan con la mujer o la pareja, por último con un 13.3% se grafica el apoyo que se ofrece por personas que han presentado experiencias iguales con el fin de compartir las actividades y buscar un común denominador en la intervención, para que esta sea tratada de igual forma, es decir con las mismas bases y conocimientos logrando de este modo subsanar la situación presentada, (cabe nombrar que los artículos tabla 7 y 10) hacen referencia al tema anteriormente tratado.

## 8. CONCLUSIONES

Las posibles necesidades emocionales identificadas en la revisión documental sugieren la realización del seguimiento y ejecución del control prenatal realizando participación en la mejora, adherencia, calidad y evaluación minuciosa de la historia obstétrica creando estrategias de escucha para lograr la disminución en los niveles de ansiedad donde el profesional de enfermería debe ser empático en mantener buenas relaciones con la mujer, la pareja y la familia, enfocadas por medio de aplicación de escalas que clasifiquen las alteraciones emocionales como ansiedad y depresión que detecten las necesidades maternas y de la pareja, logrando de esta forma disminuir complicaciones posteriores traumáticas como dolor, ansiedad, reacciones depresivas entre otras, que se deben evidenciarse en la disminución de cifras estadísticas de mortalidad como indicador del mismo.

Las necesidades identificadas en la población que afronta una pérdida fetal tardía se pudieron identificar 3 que con mayor frecuencia se presentan en los artículos analizados, siendo el de mayor relevancia la necesidad de información que contempla el desconocimiento de las causas, manifestaciones y complicaciones posteriores a la pérdida, seguida de la necesidad de apoyo y acompañamiento durante el proceso tanto a la mujer, la pareja y la familia y por último se reconoce la necesidad de escucha y comunicación que permiten mantener una relación más estrecha con el profesional de enfermería que permite indagar más acerca del conflicto emocional que se presenta.

Toda mujer al iniciar el embarazo presenta cambios físicos y emocionales que la hacen vulnerable y constantemente temerosa en esta etapa de la vida, sin embargo al materializarse una pérdida fetal tardía, este tipo de cambios se agudizan de forma negativa en el primer momento de conocerse el diagnóstico entregado por su médico tratante, incluyendo también a su núcleo familiar. Sin dejar a un lado su entorno social.

De acuerdo a la revisión bibliográfica se concluye que las posibles necesidades emocionales identificadas por enfermería deben estar encaminadas a brindar una atención integral en crisis a la mujer que sufrió la pérdida y a su núcleo familiar, puesto que el profesional de enfermería es quien entra en contacto directo ese primer momento.

La atención en crisis es un momento decisivo ante una situación inesperada como es el caso de la pérdida, que afecta no solo la parte física sino también la emocional y psicológica y que obliga a una pronta respuesta por parte del profesional de enfermería, la cual va dirigida a apoyar de forma directa a la mujer cuando entra en choque emocional en el primer instante de conocer la noticia; observándose falencias en cuanto al entrenamiento en guías a seguir a nivel institucional sabiendo que toda mujer es diferente y asume su proceso como ella creo lo puede encaminar, sobre la identificación en las necesidades emocionales y el abordaje de enfermería en la atención en crisis, teniendo en cuenta que no se potencializa y entrena dicha habilidad desde la academia.

## 9. RECOMENDACIONES

De acuerdo a este trabajo de grado, para minimizar el impacto ante las diferentes conductas que pueden experimentar las mujeres con pérdida fetal tardía alterando de manera directa también a su núcleo social y familiar, se recomienda:

Se elaboren, revisen o ejecuten guías en el manejo de atención en crisis para ser aplicados por el profesional de enfermería dirigido a este tipo de población, los cuales, también deben ser incluidos y validados por el sistema General de Seguridad Social en Salud.

Como acción fundamental es importante que desde las instituciones educativas se creen programas académicos que reúnan las intervenciones con mayor impacto emocional, social y psicológico dirigido a los profesionales de enfermería en la atención en crisis encaminada a este tipo de población.

Recomendamos igualmente, se refuerce y se incluya durante el control prenatal las conductas a seguir desde un enfoque también emocional y psicológico ya que solamente se dirigen a la intervención biomédica, resaltando que la mujer que ha sufrido una pérdida fetal tardía presenta mayor vulnerabilidad en recaer en este tipo de conductas, lo anterior, observado durante la revisión documental, pues se encontraron falencias (no son claros) en los ítems evaluados durante los controles prenatales lo que no permite hacer una buena y clara historia clínica obstétrica de la mujer en estado de embarazo.

Se sugiere que el profesional de enfermería sea la primera y única en orientar a la mujer en el proceso de duelo que surge desde el momento en el que se ha documentado la pérdida. Es decir el enfoque enfermera - paciente y si es necesario realizar una primera intervención con las redes de apoyo para que de esta forma se pueda contribuir a mejorar las manifestaciones post muerte fetal tardía.

## 10. LIMITACIONES

La muerte fetal tardía es un tema que nació desde que existe la vida pero que documentado lleva pocos años lo que quiere decir que es nuevo en cuanto manejo, tratamiento e intervención por ello no hay protocolos que determinen acciones o intervenciones para actuar, en las complicaciones que según la revisión documental son prevenibles y disminuirían en gran cantidad la muerte fetal tardía.

No se encontró estudios colombianos relacionados con el tema en referencia, debido a lo limitante del tema y/o alcance, por lo que se dirigió la revisión documental a países como Brasil, Estados Unidos, entre otros, lo que quiere decir que los temas analizados son básicamente extranjeros con planes de manejo de enfermería enfocados de acuerdo a la necesidad identificadas en estos países.

Las diferentes definiciones planteadas por los autores acerca de la muerte fetal tardía y muerte fetal in útero, conlleva a presentar un sesgo en la información ya que no manejan un mismo rango en semanas gestacionales.

Una de las grandes limitaciones en los artículos analizados fue la escasa o nula intervención del profesional de enfermería ya que no se documentaron las actividades del que hacer con la mujer que presenta muerte fetal tardía.

## BIBLIOGRAFÍA

ALCOLE, María T. et al. Enfermería Basada en la Evidencia. Orígenes y fundamentos para una práctica enfermera basada en la evidencia. En: Nure Investigación. Mayo – Junio 2011 Vol.1.No. 52, p.1-7

ALVARADO, Laura. et al. Adopción del rol maternal de la teórica Ramona Mercer al cuidado de enfermería binomio madre-hijo: reporte de caso en la unidad materno infantil. [En línea] .Octubre 2011.[citado Noviembre 2 de 2012]. Disponible en Internet:  
<http://cuidarte.udes.edu.co/attachments/article/56/adopcion%20del%20rol%20maternal.pdf>

ANDRADE, Magdalena. et al. Roles, principios y funciones de la Enfermería. [En línea] 2010. [citado en Noviembre 11 de 2012] Disponible en internet:  
<http://www.slideshare.net/arturovera01/roles-principios-y-funciones-de-la-enfermera-peditrica>

BARBARA, Susana. CARVAJAL, Jorge .Pautas de manejo del embarazo múltiple complicado con la muerte fetal in útero de un gemelo. En: Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2012. Vol.77 No.2

CARVAJAL, Claudia. Educando en la Cultura de la Vida desde la Muerte Intrauterina. [En línea].2008.[citado en Abril 8 de 2011].  
[http://www.provida.es/pensamiento/Publicaciones/Claudia\\_Carvajal.htm](http://www.provida.es/pensamiento/Publicaciones/Claudia_Carvajal.htm).

CASTRILLÓN, M. La disciplina de Enfermería. En: Desarrollos y perspectivas de la profesión de Enfermería. 2000, vol.10,No.2,p.53-56

COELLO, Pablo. Et al. Enfermería basada en la evidencia. Hacia la excelencia en los cuidados [En línea].2004.[citado en Abril 3 DE 2011] Disponible en internet:  
[http://www.enfermeria21.com/pfw\\_files/cma/2\\_varios/libros\\_on\\_line/evidencia.PDF](http://www.enfermeria21.com/pfw_files/cma/2_varios/libros_on_line/evidencia.PDF)

CÔTÉ, Arsenault , MORRISON, Beedy .Women's voices reflecting changed expectations for pregnancy after perinatal loss. En: Journal of Nursing scholarship. 2001. Vol. 33, No. 3, 2011 P. 239- 244

DEBORAH S. et al.The influence of prior perinatal loss on parents' psychological distress after the birth of a subsequent healthy infant.En: JOGNN / NAACOG. Septiembre 2009. Vol. 38, No. 6, P. 654- 666

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS. Estadísticas vitales nacimientos Vs. Defunciones fetales. Bogotá: cifras preliminares a 30 de junio de 2012. DANE.

DIACON, Aniela. El trastorno por estrés postraumático (TEPT) de origen laboral.[En línea].2009-2010.[citado en Noviembre 9 de 2012] Disponible en internet: [http://www.upf.edu/cisal/\\_pdf/TFM\\_Aniela\\_Diaconu.pdf](http://www.upf.edu/cisal/_pdf/TFM_Aniela_Diaconu.pdf)

DIE, Maria. Las pérdidas y sus duelos. [En línea].2003.[citado en Noviembre 2 DE 2012]. Disponible en internet: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol30/sup3/suple12a.html>

DONOSO, Enrique. Mortalidad perinatal en las Américas. En: Scielo. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2005, vol.70,No.5p. 279-280

Edison. La enfermería, una profesión de servicio. [En línea]. 2005. [citado en Noviembre del 11 de 2012] Disponible en: <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/Enfermeria8405-Enfermeria.htm>

EL INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS ICONTEC. Certificación Norma técnica Colombiana 1486[En línea] 2008 [citado en Noviembre 10 DE 2012]. Disponible en internet: <http://www.icontec.org.co/>

FERNANDEZ, Blanca. Taxonomías. [En línea]octubre 2010 [citado Noviembre 11 DE 2012] Disponible en internet: <http://www.taxonomiaenfermera.com/pag/noc.html>.

GOMEZ, Bea. Resiliencia individual y familiar. [En línea]Junio 2010.[citado en Noviembre 1 DE 2012] Disponible en internet: <http://www.avntf-evntf.com/imagenes/biblioteca/G%C3%B3mez,%20B.%20Trab.%203%C2%BA%20BI%2009-10.pdf>

GONZALEZ, Margarita. Memorias del V simposio: actualizaciones en enfermería, fallecer antes de nacer [En línea] 2000 [citado en Mayo 17 DE 2011] Disponible en internet <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/enfermeria3300-fallecer.htm>

GUTIÉRREZ, Maria.et al. Mortalidad perinatal en el Hospital de Ginecoobstetricia núm. 23 de Monterrey, Nuevo León. [En línea].2006. [citado en Octubre 12 de 2011]. Disponible en internet: [http://www.nietoeditores.com.mx/download/gineco/2008/mayo2008/Gineco2008\\_243\\_8.pdf](http://www.nietoeditores.com.mx/download/gineco/2008/mayo2008/Gineco2008_243_8.pdf)

GUZMAN, José. Reunión de expertos en redes de apoyo social a personas. El rol del estado, la familia y la comunidad. [En línea].2002. [citado en Noviembre 1 DE 2012] Disponible en internet: <http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/7/11497/JMGuzman.pdf>

HERNANDEZ, Nicanor. Et. Diagnóstico.-NANDA-NIC-NOC [En línea] 2007. [citado Noviembre de 3 de 2012] Disponible en internet: [http://www.aniorte-nic.net/apunt\\_diagn\\_enfermer\\_6.htm#NIC](http://www.aniorte-nic.net/apunt_diagn_enfermer_6.htm#NIC).

HILL, Pamela. et al. The Parental Experience of Pregnancy after Perinatal Loss.[En línea] 2008[citado en Octubre 23 DE 2011] Disponible en internet: [http://www.conductitlan.net/centro\\_regional\\_investigacion\\_psicologia/62\\_obito\\_fetal\\_distimia\\_reaccion\\_depresiva.pdf](http://www.conductitlan.net/centro_regional_investigacion_psicologia/62_obito_fetal_distimia_reaccion_depresiva.pdf)

HUNFELD, Joke.The grief of late pregnancy loss.[En línea] 1995.[citado 23 de 11 de 2012] Disponible en internet: [http://repub.eur.nl/res/pub/21989/950913\\_HUNFELD,%20Johanna%20Aurelia%20Maria.pdf](http://repub.eur.nl/res/pub/21989/950913_HUNFELD,%20Johanna%20Aurelia%20Maria.pdf)

HUTTI Marianne, Social and Professional Support Needs of Families After Perinatal Loss. En: JOGNN. 2005, vol.34, No.5

La Biblia. Antiguo Testamento. El uno para el otro, una unidad de dos. Gen 2,24 [En línea].2009.[citado en Marzo 23 DE 2011] Disponible en internet: <http://www.teologiamoral.com/moralpersonal/cic355.htm>

KUBLER, Ross. La etapas del duelo [En línea].2004.[citado en Noviembre 2 DE 2012]. Disponible en internet: <http://www.renacerbuenosaires.org.ar/etapas.htm>

LAWN, Joy. Muerte fetal intrauterina: ¿Dónde? ¿Cuándo? ¿Por qué? ¿Cómo lograr que se tengan en cuenta de los datos [En línea] Abril 2011 [citado en Agosto 8 DE 2012] Disponible en internet: [http://download.thelancet.com/flatcontentassets/series/stillbirths/stillbirths\\_spanish\\_series\\_2.pdf](http://download.thelancet.com/flatcontentassets/series/stillbirths/stillbirths_spanish_series_2.pdf)

LEON, Álvaro. Veeduría distrital. Cómo avanza el distrito en salud. [En línea] 2008.[citado en Agosto 8 DE 2012] Disponible en internet: <http://www.veeduriadistrital.gov.co/es/grupo/q289/ATT1264623583-1.pdf>

LINARES, Jeannette. POULSEN, Ronald. Muerte fetal in útero: etiología y factores asociados en un hospital regional de Antofagasta, Chile. En: CIMEL. 2007, vol.12, No.1, p.7-10

LOPEZ, Ana. Duelo perinatal: Un secreto dentro de un misterio. [en línea ].2009 [citado en Febrero 22 de 2011]. Disponible en internet: [http://www.documentacion.aen.es/pdf/revista-aen/2011/109/109.053-duelo\\_perinatal.pdf](http://www.documentacion.aen.es/pdf/revista-aen/2011/109/109.053-duelo_perinatal.pdf)

MANRIQUE, Gustavo. BARRERA, Lina Fernanda. En: Revista salud, historia, sanidad. Noviembre2008, vol.3, No.1.

MONTES, Verónica. Las redes sociales en la investigación social. [En línea].2006.[citado en Noviembre 1 DE 2012] Disponible en internet: <http://books.google.com.co/books?id=AscrY8p8EhoC&pg=PA23&lpg=PA23&dq=de+finicion+de+redes+sociales+de+veronica+montes+de+la+oca&sou>

MONTES, Verónica. Redes de apoyo social de personas mayores: elementos teórico-conceptuales. [En línea].2003.[citado en Noviembre 1 DE 2012] Disponible en internet: <http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/7/13237/PP18.pdf>

MOTA, Cecilia. ALDANA, Evangelina. Impacto emocional en las parejas a quienes se informa que su feto tiene defectos congénitos. [En línea] 2008 [citado en Septiembre 1 DE 2012] Disponible en internet: <http://www.nietoeditores.com.mx/download/gineco/2008/oct2008/GinecoObstet-604-9.pdf>

MURILLO, Ana. et al. Redes de apoyo. [En línea].2008.[citado en Noviembre 1 DE 2012] Disponible en internet: [http://ccp.ucr.ac.cr/espam/descargas/ESPAM\\_cap5web.pdf](http://ccp.ucr.ac.cr/espam/descargas/ESPAM_cap5web.pdf)

OCHOA, Inmaculada. La experiencia transformadora de la terapia narrativa de duelo. En:Revista de Psicoterapia. 2002, vol.13,No.49,p.77-94

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Prevención de la mortalidad y morbilidad perinatales. Informe de un comité de expertos de la OMS. Serie de informes técnicos No. 457. Ginebra. OMS.

OVALLE, Alfredo. et al. Estudio anátomo-clínico de las causas de muerte fetal. En:Scielo Revista de chilena de obstetricia y ginecología. 2011, vol.76,No.3,p.169-174

OVIEDO, Soto.Duelo materno por muerte perinatal. [En línea] 2009 [citado en Septiembre 1 DE 2012] Disponible en internet: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDREVISTA=30&IDARTICULO=22862&IDPUBLICACION=2329>

PACHECO, German. Perspectiva antropológica y psicosocial de la muerte y el duelo. En: Cultura de los cuidados. Junio 2003, vol. VII,No.14,p.27-43

PANDURO, Guadalupe. et al. Factores de riesgo prenatales en la muerte fetal tardía, hospital civil de Guadalajara. En:Scielo Revista de chilena de obstetricia y ginecología. 2005, vol.70, No.5,p.303-312

PASTOR, Sonia. et al. Experiencias y vivencias de los padres y profesionales ante la pérdida perinatal. [En línea] 2007 [citado en Septiembre 1 DE 2012] Disponible en internet: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0190.pdf>

PÉREZ, Elais. GOLDFARB, Ayling. [En línea] 2010 [citado en Noviembre 1 DE 2012] Disponible en internet [http://www.proyectomama.com.ar/html/contencion\\_emocional.html](http://www.proyectomama.com.ar/html/contencion_emocional.html)

PEREZ, Isabel. La relación de ayuda: intervención de enfermería en el proceso del duelo [En línea] [citado en Noviembre 1 DE 2012]. Disponible en internet <http://www.paliativossinfronteras.com/upload/publica/libros/libroDuelo.pdf>

PUGA, Arturo. et al. Mortalidad fetal tardía: un reto a la obstetricia en nuestros días [En línea] 2008. [citado en Abril 11 DE 2011] Disponible en internet <http://www.16deabril.sld.cu/rev/219/articulo.html>

RISCALE, Manrique. RIVERO, Airlen. Parto pretérmino en adolescentes En:Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. Abril-mayo,2008,vol.10,No.2

RIVERA, Angelina. Cambios fisiológicos del embarazo. [En línea] 2008 [citado en Noviembre 8 DE 2012] Disponible en internet: <http://www.eneo.unam.mx/servicioseducativos/materialesdeapoyo/obstetricia1/TEMAS/FEMBARAZO.pdf>

RODRÍGUEZ, Ana. et al. Factores que inciden en la mortalidad fetal tardía. En: Revista Cubana Obstetricia y Ginecología. Febrero 2004.,vol.30,No.2.

ROEHRS, Carol. et al. Caring for families coping with perinatal loss.24 [En línea].2008.[citado en Octubre 23 DE 2011] Disponible en internet: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19012713>

ROJAS, Erika, et al. Incidencia y factores de riesgo asociados al óbito fetal en 2 hospitales Venezolanos. En: Revista chilena de obstetricia y ginecología.2006. Vol.71 No.1. p. 22-28.

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTÁ. Mortalidad perinatal. [En línea] 1999[citado en Agosto 8 DE 2012] Disponible en internet: <http://www.saludcapital.gov.co/ListasVsp/Protocolos/Protocolos%20Vigilancia%20en%20Salud%20P%C3%BAblica/mortalidad%20perinatal.pdf>

SIERRA, Juan C. Ansiedad, Angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar.[En línea].2003.[citado en Noviembre 9 de 2012] Disponible en internet: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/271/27130102.pdf>

SILVA, Camila. et al., Percepções de enfermeiras sobre a assistência prestada a mulheresdiante do óbito fetal, En:Scielo. Abril- Junio 2012. Vol. 16. No.2. P. 277-284

THE LANCET.Lidiar con la complejidad de las disparidades en la mortalidad fetal intrauterina [En línea] Abril 2011 [citado en Agosto 8 DE 2012] Disponible en internet:[http://download.thelancet.com/flatcontentassets/series/stillbirths/stillbirths\\_spanish\\_comment\\_6.pdf](http://download.thelancet.com/flatcontentassets/series/stillbirths/stillbirths_spanish_comment_6.pdf)

VALERIO, María. Neonatología: Ayuda psicológica para los padres. [en línea].2010. [\[citado en Marzo 16 de 2011\]. Disponible en internet:.<http://www.elmundo.es/elmundosalud/2010/11/10/mujer/1289402614.html>.](http://www.elmundo.es/elmundosalud/2010/11/10/mujer/1289402614.html)

VARGAS Jaime, PACHECO Anel. Óbito fetal, distimia y reacción depresiva. En:Centro Regional de Investigación en Psicología, Vol. 5, No. 1, 2011 P. 49-55,

VÁZQUEZ, José María. MUÑOZ, Asunción. Actualización en enfermería [En línea] 2009[citado en Abril 3 de 2011] Disponible en internet: <http://www.es-emoticon.com/enfermeria-actual/contenidos/nic/definicionterminos.htm>.

VOGELMAN, Robert. et al. Muerte fetal intrauterina. [En línea] 2008 [citado en Septiembre 3 DE 2012] Disponible en internet: [http://med.unne.edu.ar/revista/revista188/4\\_188.pdf](http://med.unne.edu.ar/revista/revista188/4_188.pdf)

## ANEXOS

### Anexo 1

FICHA DESCRIPTIVA ANALITICA N°1	
1. Datos de identificación del artículo	
<b>Título:</b> THE GRIEF OF LATE PREGNANCY LOSS	
<b>EL DOLOR DE LA PÉRDIDA DE UN EMBARAZO TARDÍO</b>	
<b>Autores:</b> J.A.M. Hunfelda, J.W. Wladimiroff, J. Passchier	<b>Idioma:</b> Inglés.
<b>Lugar donde se realizó la investigación:</b> A la división de diagnóstico prenatal, Holanda.	<b>Medio de publicación:</b> En línea.
	<b>Base de datos:</b> ScieDirect
<b>Año:</b> Período comprendido entre enero 1990 - agosto 1991 para una exploración de anomalía fetal.	<b>Tipo de estudio de investigación:</b> Un estudio descriptivo analítico.
<b>Enfoque:</b> Cualitativo <b>Técnica estadística:</b> entrevista grabada en audio y transcrita en un informe.	
<b>Población:</b> Cincuenta y cinco pacientes que fueron remitidas a la División de Diagnóstico Prenatal en el período comprendido entre enero 1990 - agosto 1991 para una exploración de anomalía fetal. Los criterios de inclusión fueron: (i) un embarazo de 24 semanas o más, (ii) presencia de una malformación fetal que no era compatible con la vida extrauterina. Se excluyeron las mujeres que previamente tenían conocimiento de malformaciones congénitas fetales y las mujeres que no podían expresarse en su idioma materno (holandés).	
<b>Muestra:</b> Se estudiaron 46 mujeres que habían tenido un diagnóstico ecográfico de una anomalía fetal (edad gestacional 24 semanas).	
<b>Palabras clave:</b> <i>Pérdida de embarazo tardío, Curso de dolor, Necesidad de asistencia.</i>  <i>Late miscarriage, Course of pain, need for assistance.</i>	
2. Aportes de contenido	
- Describe la importancia de evaluar las reacciones y consecuencias a nivel emocional y psicológico a corto, mediano y largo plazo que desencadena la pérdida fetal en las mujeres que la presentan, mediante la aplicación de tres instrumentos de valoración del impacto del duelo (Escala de dolor Perinatal (PGS), La escala de valoración del impacto (IES) y Cuestionario de	

Personalidad holandés), que permiten el reconocimiento de las principales alteraciones psicológicas con el fin de realizar una intervención dirigida a las necesidades de información médica y soporte emocional, partiendo de la realización de una valoración psicológica de las mujeres identificadas que mostrando signos de insuficiencia o alteraciones emocionales y a su vez proporcionando al personal asistencial recomendaciones básicas para la atención hospitalaria respecto la pérdida fetal antes y después del parto.

### **3. Análisis metodológico, de contenido y conclusiones.**

#### **Juzgamiento metodológico:**

La investigación ha confirmado la validez del contenido de las escalas previstas (Escala de dolor Perinatal (PGS), La escala de valoración del impacto (IES) que mide el estrés subjetivo después del evento traumático con sus dos subniveles; el primero es la presencia de pensamientos espontáneos o imágenes acerca de la pérdida y el segundo afrontamiento de la pérdida y negación de la situación y por último el Cuestionario de Personalidad holandés) que contienen una buena fiabilidad para el contenido de la misma y la temática aborda.

#### **Análisis de contenido y conclusiones:**

- Plantean una escala de valoración del duelo fetal que permite identificar las alteraciones psicológicas y emocionales en relación a la permanencia del dolor después de la pérdida y las secuelas que deja la pérdida para la mujer a corto, mediano y largo plazo.
- El cuidado debe estar dirigido en la atención de las necesidades de información médica y soporte emocional, partiendo de la realización de una valoración psicológica de las mujeres identificadas que mostrando signos de insuficiencia o alteración psicológicas.
- Se reconoce que en de las revisiones bibliográficas realizadas se encuentran estudios sobre el manejo emocional y psicológico de la mujer que ha presentado muerte fetal desde diferentes profesiones como psicología y psiquiatría, pero no se plantea ninguna atención desde la profesión de enfermería, siendo reconocido como uno de los profesionales que tiene mayor contacto con la dicha población durante este proceso inmediato del duelo.

Anexo 2

FICHA DESCRIPTIVA ANALITICA N°2	
1. Datos de identificación del artículo	
<b>Título:</b> ESTUDIO ANATOMO-CLÍNICO DE LAS CAUSAS DE MUERTE FETAL	
<b>Autores:</b> Alfredo Ovalle S. <sup>1</sup> , Elena Kakarieka W. <sup>2</sup> , Ángel Correa P. <sup>1</sup> , María Teresa Vial P. <sup>2</sup> , Carlos Aspillaga M. <sup>1</sup>	<b>Idioma:</b> Español - Ingles
<b>Lugar donde se realizó la investigación:</b> Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital San Borja Arriarán entre el 1 de enero de 1998 hasta el 31 de diciembre de 2002.	<b>Medio de publicación:</b> Revista chilena de obstetricia y ginecología
	<b>Base de datos:</b> Scientific Electronic Library Online
<b>Año:</b> 1 de Enero de 1998 hasta el 31 de Diciembre de 2002	<b>Tipo de estudio de investigación:</b> Estudio Retrospectivo.
<b>Enfoque:</b> Cuantitativo	<b>Técnica estadística:</b> Estudio Retrospectivo.
<b>Población:</b> Partos con muerte fetal desde las 22 semanas de gestación, que tuvieron autopsia fetal y estudio histopatológico de la placenta	
<b>Muestra:</b> 299 muertes fetales ocurridas entre las 22 y 42 semanas de gestación en un período de 5 años	
<b>Palabras clave:</b> <i>Mortinato, muerte fetal, autopsia fetal, hallazgos placentarios en mortinatos, causas de muerte fetal.</i>	
<i>Stillbirth, fetal death, fetal autopsy, placental findings in stillbirth, causes of stillbirth</i>	
2. Aportes de contenido	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las principales causas de óbito fetal fueron hipoxia fetal extrínseca (44%), que incluye principalmente insuficiencia placentaria, hipertensión arterial, desprendimiento e infarto placentario y patología del cordón umbilical.</li> <li>• El diagnóstico de muerte intrauterina por insuficiencia placentaria, se hizo en aquel embarazo sin patología materno-fetal evidente, con oligoamnios, restricción del crecimiento fetal y asociado con infartos y/o desprendimiento placentario.</li> </ul>	

- El diagnóstico de hipertensión arterial como causa primaria de muerte fetal se hizo en base a la existencia de hipertensión materna (preeclampsia, hipertensión arterial crónica) asociada con extensas zonas de infartos placentarios antiguos y/o recientes, hematoma retroplacentario, desprendimiento placentario, fibrina intervlositaria, proliferación del trofoblasto y restricción del crecimiento fetal.
- El óbito se produjo por asfixia en los casos con infarto, restricción del crecimiento fetal y desprendimiento placentario y por asfixia y shock en los casos con gran hematoma retroplacentario.
- El desprendimiento prematuro de placenta se presentó como única lesión histológica o asociado a varias causas primarias de muerte fetal en este estudio (hematoma retroplacentario, infarto, insuficiencia placentaria, infección ascendente, hipertensión arterial, diabetes).
- Así también el infarto placentario se presentó como única lesión histológica o asociado con otras causas de óbito (hipertensión arterial, desprendimiento placentario, diabetes, insuficiencia placentaria, defectos congénitos, embarazo gemelar).
- La anomalía congénita con malformación única o múltiple fue de severidad suficiente en la mayoría de los casos, para ser responsable en forma directa de la muerte fetal.
- El diagnóstico de muerte fetal por infección bacteriana ascendente en este estudio se realizó mediante los antecedentes clínicos, rotura prematura de membranas, infección ovular clínica (corioamnionitis clínica), infección del tracto genital inferior, metrorragia, desprendimiento placentario y la asociación con corioamnionitis histológica, funisitis, intervlositis y síndrome de infección del saco amniótico (neumonía fetal aguda congénita con inflamación de membranas y cordón umbilical).
- La muerte fetal se produjo por shock en los casos con neumonía (más de la mitad de los casos de infección ascendente) y probable sepsis fetal y por asfixia aguda en los casos con funisitis y desprendimiento placentario.
- La muerte se produjo por anemia progresiva, insuficiencia cardíaca, hipoxia y acidosis.
- Existen causas evitables de muerte intrauterina, como hipoxia fetal extrínseca (insuficiencia placentaria, hipertensión arterial, diabetes) e infección bacteriana ascendente.
- La causa de muerte fetal más frecuente entre las 22 y 30 semanas de gestación fue la infección bacteriana ascendente (33%), confirmándose lo señalado en otros estudios (7,9).
- La causa de óbito fetal más frecuente entre las 30 y 37 semanas de gestación fue la patología placentaria: insuficiencia, desprendimiento, infarto (35%). Sin embargo, también fue frecuente entre las 22 y 30 semanas y entre las 37 y 42 semanas.
- En las gestaciones entre 37 y 42 semanas, además de la patología

placentaria, otras causas frecuentes de muerte fetal fueron: embarazo postérmino (causa no determinada de hipoxia fetal) (16%), patología de cordón (11%) y diabetes (9%).

- La muerte intrauterina causada por hipertensión arterial se presentó preferentemente entre las 30 y 37 semanas de gestación, pero también entre las 22 y 30 semanas y entre las 37 y 42 semanas.
- La anomalía congénita representó una causa frecuente de muerte intrauterina.
- Este estudio demuestra que en los casos de muerte intrauterina, el análisis conjunto de los datos clínicos maternos con la autopsia fetal y el estudio de la placenta, permiten aclarar la causa de la mayoría de las muertes fetales. De este modo los padres se informan y orientan adecuadamente y en un futuro embarazo se pueden tomar las medidas necesarias para evitar una muerte intrauterina.

### 3. Análisis metodológico, de contenido y conclusiones.

**Juzgamiento metodológico:** El estudio realizado tuvo en cuenta aspectos importantes como lo son la edad de la gestación, las medidas antropométricas, el estudio anatómopatológico, los antecedentes tanto clínicos y de laboratorio maternos, descartando los cambios secundarios a muerte fetal que en este caso fueron: casos sin antecedentes maternos y con el feto en estado de maceración entre otras, encontrando las causas reales o primarias de la muerte fetal. Muestra todas las complicaciones generadas por cada una de las patologías que se revisaron, es un estudio que permite abarcar en gran medida conocer la causa de la muerte fetal por medio de antecedentes maternos, hallazgos de la autopsia y estudio de placenta.

#### **Análisis de contenido y conclusiones:**

- No hay adherencia al control prenatal, si la hubiera se diagnosticarían enfermedades tratables durante el embarazo.
- Las complicaciones más frecuentes se relacionan con la muerte fetal lo que demuestra que hace falta intervención de enfermería desde el comienzo del control prenatal.
- No hay intervención para los casos analizados en el estudio.

### Anexo 3

FICHA DESCRIPTIVA ANALITICA N°3	
1. Datos de identificación del artículo	
<b>Título: FACTORES ASOCIADOS A MORTALIDAD PERINATAL EN EL HOSPITAL GENERAL DE CHIAPAS, MÉXICO</b>  <b>PERINATAL MORTALITY ASSOCIATED FACTORS IN A GENERAL HOSPITAL OF CHIAPAS, MEXICO</b>	
<b>Autores:</b> Leonor Rivera; María de Lourdes Fuentes Román; Carlos EsquincaAlbores; Francisco Javier Abarca; Carlos Hernández Girón	<b>Idioma:</b> Español- Ingles
<b>Lugar donde se realizó la investigación:</b> Hospital general de Comitán Chiapas, México.	<b>Medio de publicación:</b> Revista de Salud Pública.
	<b>Base de datos:</b> Scientific Electronic Library Online
<b>Año:</b> 1 de enero al 31 de diciembre de 1999.	<b>Tipo de estudio de investigación:</b> Estudio de casos y controles pareado
<b>Enfoque:</b> Cuantitativo	<b>Técnica estadística:</b> Se utilizó un cuestionario editado por el Centro de Estudios de Atención Primaria de la Salud, de la Secretaría de Salud, dirigido a expedientes clínicos, que se ha usado en estudios previos.
<b>Población:</b> Nacidos vivos o muertos entre la semana 28 de gestación y los 7 primeros días de vida.	
<b>Muestra:</b> caso a los nacidos vivos o muertos que nacieron y fallecieron entre las 28 semanas de gestación a los 7 días de vida extrauterina. control al producto nacido vivo entre las 28 semanas de gestación y los 7 días de vida extrauterina	
<b>Palabras clave:</b> <i>Mortalidad perinatal. Factores de riesgo. Factores socio-económicos. Estudios de casos y controles.</i>	
<i>Perinatal mortality. Risk factors. Socioeconomic factors. Case-control studies.</i>	
2. Aportes de contenido	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Este estudio evidencia algunos factores de riesgo socioeconómicos para muerte perinatal como son: a) el nivel socioeconómico medio aumenta en 5 veces más el riesgo con relación al nivel alto, b) ocupación del padre, ser agricultor aumenta 3.31 veces más el riesgo de muerte comparado con los padres que son empleados en alguna institución.</li> </ul>	

- . Diversos autores han encontrado múltiples factores asociados a la mortalidad perinatal como los factores ginecoobstétricos (número de abortos, periodo intergenésico menor de dos años, multigravidez, antecedente de muertes perinatales y cesáreas)
- En el presente estudio se encontró que el riesgo ginecoobstétrico medio y alto se asoció seis y diez veces más con la muerte perinatal
- Otros estudios indican un riesgo de dos veces mayor de muerte perinatal temprana asociada a la resolución del parto por cesárea comparado con partos vaginales.
- La resolución del parto por cesárea incrementó el riesgo de mortalidad perinatal en 2.75 veces más.
- Se ha comprobado que el uso excesivo de oxitocina incrementa el riesgo de ruptura uterina por lo que ocasiona complicaciones durante el parto que conllevan a la muerte del producto y de la madre.
- Se ha normado que la atención perinatal debe iniciar tan pronto como se confirme el diagnóstico de embarazo y que la vigilancia del embarazo de alto riesgo merece modificaciones de acuerdo con la aparición de complicaciones y factores particulares; para disminuir el riesgo de complicación de muerte perinatal el promedio de consultas en México durante el embarazo normal es de cinco
- Este estudio reporta incrementó de 4.4 veces más riesgo de muerte perinatal cuando el número de consultas prenatales es mayor a cinco, dato que pudiera resultar de: incremento en el riesgo y la necesidad percibida o sentida por la paciente, la deficiente calidad en el control prenatal.
- La viabilidad del recién nacido depende de la edad gestacional, de su peso y de la atención médica.
- En el presente estudio se encontró una asociación significativa respecto a la prematurez con bajo peso para la edad gestacional y mortalidad perinatal, siendo 9.20 veces más riesgo en productos pretérmino comparado con productos de término.
- Se puede considerar como una limitación en este estudio, el tamaño muestra, ya que el poder estadístico es menor del 80%, y en algunas variables los intervalos de confianza fueron bastante amplios. Sin embargo, encontramos diferencias estadísticamente significativas en algunas variables de interés, que son consistentes con otros estudios.

### **3. Análisis metodológico, de contenido y conclusiones.**

**Juzgamiento metodológico:** e realizó un estudio de casos y controles. La información se obtuvo de los expedientes clínicos. Se excluyeron los nacidos antes de las 28 semanas, fuera del área hospitalaria y que ingresaron para su atención por algún problema perinatal, hijos de madres no residentes de los municipios de la Jurisdicción, con expedientes incompletos, mal llenados o

ilegibles.

Se seleccionaron dos controles por cada caso, pareado por mes de nacimiento, en forma aleatoria a partir de la numeración de los expedientes clínicos de las mismas libretas.

Se utilizó un cuestionario editado por el Centro de Estudios de Atención Primaria de la Salud, de la Secretaría de Salud, dirigido a expedientes clínicos

Se obtuvo información sobre: a) características sociodemográficas (situación conyugal, ocupación, escolaridad y edad de los padres, ingreso familiar y lugar de procedencia, características de la vivienda (material de construcción), disponibilidad de agua potable y drenaje, posesión de bienes materiales (televisor, videocasetera, estufa, refrigerador, calentador); b) características gineco-obstétricas (número de embarazos, número de partos, número de abortos, periodo intergenésico, vía de nacimiento del último producto, uso de oxitocina y control prenatal) y c) características del producto (edad, sexo y peso al nacer).

Se construyó un índice de nivel socioeconómico basado en la metodología propuesta por Bronfman considera las siguientes variables: características de la vivienda (material utilizado para la construcción del piso, techo, pared), disponibilidad de servicios (agua, drenaje, número de habitaciones), posesión de bienes (televisión, refrigerador) y se consideró la variable educación de la madre por grado de estudio terminado. Mediante percentiles se categorizó el nivel socioeconómico como: bajo, medio y alto.

También se construyó un índice de riesgo obstétrico, considerando las siguientes variables: edad de la madre, número de embarazos, número de partos, número de abortos, muertes perinatales anteriores, complicaciones durante el embarazo y situación conyugal. Mediante percentiles se categorizó el índice de riesgo obstétrico como: bajo, medio y alto.

Según la edad gestacional en semanas y el peso en gramos al nacer, se construyó un índice de maduración del producto.

**Análisis de contenido y conclusiones:**

Los resultados muestran que es necesario implementar medidas de prevención y control que aseguren la identificación del riesgo en las mujeres embarazadas, con el fin de abatir la incidencia de mortalidad perinatal.

De acuerdo a la conclusión y al estudio se determinan que hay falencias en la utilización del control prenatal y que si se hiciera como debe ser los riesgos serían menos o por lo menos se tratarían con tiempo y se diagnosticarían en buen momento.

Anexo 4

<b>FICHA DESCRIPTIVA ANALITICA N°4</b>	
<b>1. Datos de identificación del artículo</b>	
<b>Título: IMPACT OF PERINATAL LOSS ON THE SUBSEQUENT PREGNANCY AND SELF= WOMEN'S EXPERIENCES</b>	
<b>IMPACTO DE LA PÉRDIDA PERINATAL EN EL EMBARAZO Y EL YO: EXPERIENCIAS DE LAS MUJERES.</b>	
<b>Autores:</b> Côte-Arsenault D , NomvuyoMahlangu .	<b>Idioma:</b> Ingles
<b>Lugar donde se realizó la investigación:</b> Noreste de Estados Unidos	<b>Medio de publicación:</b> En línea
	<b>Base de datos:</b> Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing
<b>Año:</b> 1999	<b>Tipo de estudio de investigación:</b> Estudio descriptivo
<b>Enfoque:</b> Cualitativo	<b>Técnica estadística:</b> Cuestionario de auto-completado y respuestas abiertas
<b>Población:</b> Setenta y dos mujeres, personas de 17 a 28 semanas de embarazo, con una historia de uno o dos pérdidas perinatales	
<b>Muestra:</b> 72 mujeres	
<b>Palabras clave:</b>	
<b>2. Aportes de contenido</b>	
<p>Los datos fueron recogidos de las mujeres con nombramientos en las oficinas de obstetras privados en una ciudad del noreste de Estados Unidos. Las mujeres completaron el cuestionario mientras esperaban para ser visto, o se lo llevaron casa y lo devuelve en el sobre con dirección y estampilla el sobre es proporcionado. Se les pagaba \$ 5.00 por su participación con la opción de donar su dinero a March of Dimes Birth Defectos Foundation. WaysofSafe.</p>	
<b>3. Análisis metodológico, de contenido y conclusiones.</b>	
<p><b>Juzgamiento metodológico:</b> Una limitación del estudio fue la disimilitud del grupo de comparación (Primer embarazo) desde el grupo de pérdida (al menos en su segundo embarazo). Los artículos analizados tienen falta de precisión terminológica, o no tienen un diseño de investigación comparable que permita comparar la muerte fetal entre diferentes aspectos y poblaciones. Ausencia de definición uniformemente aceptada. Tiene un nivel de interpretación bajo ya que existe un sesgo de información y</p>	

selección ya que no todos los participantes respondieron a todas las preguntas.

**Análisis de contenido y conclusiones** La mayoría de las mujeres que han experimentado una pérdida fetal anterior tienden a generar más ansiedad, stress, un estado de hipervigilancia y escepticismo con embarazos posteriores, además que la gestación actual no sule a la anterior, estas respuestas pueden ser vistos como una respuesta natural a preocuparse de que este embarazo también terminará en una derrota, lo que nos lleva analizar que debemos crear estrategias como profesionales de enfermería adecuadas para manejar a cada mujer en esta situación lo que significa que la enfermera debe evaluar las necesidades de cada padre individualmente.

Durante el estudio las mujeres pueden expresar sus sentimientos y experiencias, los que nos lleva a que se creen estrategias de escucha para entender a cada una de las mujeres y así bajar los niveles de ansiedad que manejan y de otro lado la canalización del duelo.

Ser empático tanto después de una pérdida y durante los posteriores embarazos. Dado que las reacciones son la salud individual, proveedores de atención médica deben escuchar a la percepción de cada mujer de su experiencia y responder a sus necesidades individuales.

Anexo 5

<b>FICHA DESCRIPTIVA ANALITICA N°5</b>	
<b>1. Datos de identificación del artículo</b>	
<b>Título: WOMEN'S VOICES REFLECTING CHANGED EXPECTATIONS FOR PREGNANCY AFTER PERINATAL LOSS</b>	
<b>VOCES DE LAS MUJERES DEBIDO A LAS PREVISIONES CAMBIARON PARA EL EMBARAZO DESPUÉS DE UNA PÉRDIDA PERINATAL.</b>	
<b>Autores:</b> Côté-D Arsenault , Morrison-D Beedy .	<b>Idioma:</b> Ingles
<b>Lugar donde se realizó la investigación:</b>	<b>Medio de publicación:</b> En línea
	<b>Base de datos:</b> Jounal of Nursing scholarship
<b>Año:</b> 2001	<b>Tipo de estudio de investigación:</b> Fenomenología.
<b>Enfoque:</b> Cualitativo	<b>Técnica estadística:</b> Entrevista
<b>Población:</b> Se seleccionaron las mujeres que habían sufrido al menos una pérdida perinatal y un mínimo de un embarazo posterior. Tres grupos focales se llevaron a cabo en el otoño de 1996 con un total de 21 mujeres. Estas mujeres fueron variables en sus historias obstétricas y la pérdida. El tiempo desde que sus pérdidas oscilaron desde 34 años hasta el año anterior.	
<b>Muestra:</b> Tres grupos focales se llevaron a cabo en el otoño de 1996 con un total de 21 mujeres	
<b>Palabras clave:</b> <i>women's health, miscarriage, pregnancy, perinatal loss</i>	
<i>Salud de la mujer, el embarazo aborto involuntario, la pérdida perinatal</i>	
<b>2. Aportes de contenido</b>	
<p>Los grupos de enfoque se utilizan para recopilar descripciones de la experiencia del embarazo después de la pérdida perinatal. Los procedimientos estándar para grupos de discusión como una estrategia de recolección de datos fueron seguidos. La Se seleccionaron de la muestra estuvo conformada por 21 mujeres con embarazo diverso e historias de pérdida. La mayoría eran Caucásico, bien educado, casado, empleado, y de moderado a alto estatus socioeconómico</p> <p>Preguntas movido de lo general a lo específico. La enfermera con experiencia en el área de pérdida perinatal y entrenados por el investigador principal en los métodos de los grupos focales fue como moderador del grupo. Las discusiones</p>	

de grupo fueron grabadas y dos miembros del equipo de investigación, entre ellos el director investigador, tomó notas de campo. Una sesión de evaluación se llevó a cabo después de cada grupo de discusión en el que los temas predominantes, contenido y los procedimientos fueron discutidos.

### **3. Análisis metodológico, de contenido y conclusiones.**

#### **Juzgamiento metodológico:**

técnica utilizada en este estudio a los pacientes permite conocer de formas verídica y real de las percepciones que tienen ellas sobre la muerte fetal, los datos obtenidos tienen validez para el estudio.

#### **Análisis de contenido y conclusiones**

La mayoría de las mujeres temen la recurrencia de las pérdidas en embarazos posteriores con frecuencia se llena de ansiedad, es por eso que el profesional de enfermería debe continuar el cuidado a la mujer en el duelo creando estrategias de apoyo eficaces que permitan comunicación continua para afrontar las necesidades de cada una de ellas ante la pérdida perinatal proporcionándoles una atención adecuada a cada mujer.

Es importante que durante el control prenatal indaguen sobre si han sanado las consecuencias, ya que existe mayor riesgo de depresión y ansiedad en el actual embarazo.

La pérdida perinatal no tiene en cuenta ni edad, ni estrato socioeconómico, raza ni color se puede presentar en cualquier mujer.

Anexo 6

FICHA DESCRIPTIVA ANALITICA N°6	
1. Datos de identificación del artículo	
<b>Título:</b> FACTORES DE RIESGO PRENATALES EN LA MUERTE FETAL TARDÍA, HOSPITAL CIVIL DE GUADALAJARA, MÉXICO	
<b>Autores:</b> J. Guadalupe Panduro B. J. Jesús Pérez M.Elizabeth Guadalupe Panduro M Juan Francisco Castro H. María Dolores Vázquez G.	<b>Idioma:</b> Español- Ingles
<b>Lugar donde se realizó la investigación:</b> Hospital Civil de Guadalajara, "Dr. Juan I. Menchaca	<b>Medio de publicación:</b> Revista chilena de obstetricia y ginecología
	<b>Base de datos::</b> Scientific Electronic Library Online
<b>Año:</b> Enero de 2004 a Junio de 2009	<b>Tipo de estudio de investigación:</b> casos y controles
<b>Enfoque:</b> Cualitativo y cuantitativo.	<b>Técnica estadística:</b> Las variables fueron capturadas en una hoja de cálculo en el programa Excel de Microsoft 2007 y analizadas con el programa SPSS versión 10.  Las variables cualitativas fueron contrastadas con la prueba Chi2 y exacta de Fisher. La asociación entre factores de riesgo y muerte fetal se midió por la razón de momios (RM) u Odds Ratio (OR), con intervalo de confianza del 95% (IC95%).
<b>Población:</b> nacimientos ocurridos en el Hospital Civil de Guadalajara, "Dr. Juan I. Menchaca", de enero de 2004 a junio de 2009.	
<b>Muestra:</b> 528 casos de muerte fetal tardía que correspondían a embarazos mayores de 27 semanas o peso >750 gramos.  Control de 528 madres que tuvieron un recién nacido vivo mayor de 27 semanas o peso >750 gramos y que su nacimiento haya ocurrido inmediatamente después del óbito	

**Palabras clave:** *Muerte fetal, óbito fetal, atención prenatal, factores de riesgo*

*Fetal death, stillbirth, prenatal care, risk factors.*

## **2. Aportes de contenido**

- Los factores de riesgo que se han asociado a muerte fetal en otros estudios, que no tuvieron diferencia estadística significativa fueron: el estado civil,.
- Solo un mínimo porcentaje admitió fumar durante el embarazo 6,2% y 8,5% de cada grupo.
- Se encontró asociación significativa entre muerte fetal y macrosomía, independiente de diabetes materna.
- Los factores de riesgo que se asociaron a muerte fetal tardía fueron: edad mayor de 35 años, ocupación hogar, escolaridad baja, multiparidad, antecedente de aborto, antecedente de muerte fetal, atención prenatal deficiente, complicaciones en el embarazo, alteraciones en líquido amniótico, doble o triple circular de cordón umbilical a cuello, macro-somía fetal y malformaciones clínicas mayores en el neonato, coincidentes con múltiples publicaciones.
- En relación a los factores de riesgo asociados a muerte fetal tardía, es importante hacer mención, que la vigilancia prenatal tiene un gran impacto en la disminución de la muerte fetal, ya que si acudiera la paciente a consulta prenatal se podrían determinar factores de riesgo para desarrollar preeclampsia, diabetes y amenaza de parto pretérmino, así como con el ultrasonido se podrían diagnosticar alteraciones del líquido amniótico, presencia de doble circular de cordón, malformaciones fetales y alteraciones del crecimiento fetal.
- Además al identificar otros factores de riesgo como la edad mayor de 35 años, baja escolaridad, ocupación hogar, antecedente de aborto y antecedente de muerte fetal, se tendría que hacer una vigilancia prenatal más estrecha, así como se prestaría una especial atención en la educación prenatal para la prevención y detección precoz de posibles complicaciones que pudieran culminar con la muerte del feto.

## **3. Análisis metodológico, de contenido y conclusiones.**

### **Juzgamiento metodológico:**

El estudio utilizó el diseño de casos y controles, La muestra de estudio se constituyó por 528 casos de muerte fetal tardía que correspondían a embarazos mayores de 27 semanas o peso >750 gramos y un grupo control de 528 madres que tuvieron un recién nacido vivo mayor de 27 semanas o peso >750 gramos y que su nacimiento haya ocurrido inmediatamente después del óbito.

- Para evaluar los riesgos utilizaron variables dependientes como: muerte fetal.
- Para las variables independientes utilizaron la edad de las madres, estado

civil, ocupación, escolaridad, tabaquismo, número de gestaciones, antecedente de abortos y de muerte fetal, control prenatal, edad gestacional, días sin movimientos fetales, complicaciones del embarazo, tipo de presentación y forma de nacimiento, características del líquido amniótico, presencia de circular de cordón o de nudo de cordón umbilical, sexo, peso y malformaciones del recién nacido.

- Utilizaron libros de registro de los nacimientos del servicio de cirugía; una vez localizados los registros de los óbitos, se tomó el registro correspondiente al siguiente nacimiento del caso, procediendo a revisar los expedientes clínicos y obtener las variables de estudio.
- Todo se analizó por programas que permitieron dar un intervalo de confianza del 95% (IC95%).
- La principal limitación del estudio es que no incluye resultados de autopsia, lo cual es debido a la cultura de la población mexicana que solo permite estudios de autopsia en casos de medicina legal, dificultando así el conocer las causas verdaderas de muerte fetal, lo que aunque no era objetivo de este trabajo hubiera sido importante por el número de muertes fetales estudiadas.

#### **Análisis de contenido y conclusiones:**

- Se concluye que la muerte fetal tardía, se asocia a diversos factores de riesgo, siendo el principal, sobre el que giran los demás, la atención prenatal inadecuada, por lo que se sugiere mejorar la atención prenatal, con un mayor número de consultas distribuidas a lo largo del embarazo, otorgadas con calidad y calidez, prestando especial atención en los factores de riesgo, que de ser identificados y abordados de forma adecuada, quizá se pueda evitar una muerte fetal con toda la tragedia personal y familiar que esto representa.
- El estudio describe que mediante la investigación realizada de casos y controles se demuestra la muerte fetal, a pesar de que es un problema grave de salud pública con serias repercusiones en la vida familiar, no se le da la importancia debida.
- Se observa la poca importancia que se tiene en la vigilancia prenatal, como es el que 188 pacientes del grupo de estudio (35,6%) asistieron en 0, 1 ó máximo 2 ocasiones a control prenatal, lo que deja de manifiesto la escasa vigilancia en estas pacientes, así mismo 198 madres (37,5%) refirieron tener 24 horas o más sin percibir movimientos fetales, incluso 59 madres (11,1%) tenían 3 o más días sin movimientos fetales, al momento de presentarse al hospital en donde se les hizo el diagnóstico de muerte fetal.
- Lo que nos permite concluir que hace falta más atención al control, es decir lograr que las maternas lleguen a los centros de salud y sean valoradas de forma completa para realizar un control prenatal claro y con la suficiente información que determine las causas o factores de riesgo prenatales en la muerte fetal tardía.

## Anexo 7

FICHA DESCRIPTIVA ANALITICA N°7	
1. Datos de identificación del artículo	
<p><b>Título: SOCIAL AND PROFESSIONAL SUPPORT NEEDS OF FAMILIES AFTER PERINATAL LOSS.</b></p> <p><b>NECESIDADES SOCIALES Y PROFESIONALES DE APOYO DE LAS FAMILIAS DESPUÉS DE LA PÉRDIDA PERINATAL.</b></p>	
<p><b>Autores:</b> Marianne H. Hutti</p>	<p><b>Idioma:</b> Ingles</p>
<p><b>Lugar donde se realizó la investigación:</b>  Estados Unidos</p>	<p><b>Medio de publicación:</b> Revista en línea</p>
	<p><b>Base de datos:</b> Journal of Midwifery &amp; Women's Health, Journal of obstetric gynecologic &amp; neonatal nursing 34, 630-638</p>
<p><b>Enfoque:</b> Cualitativo – Cuantitativo.</p>	<p><b>Técnica Estadística:</b> Experimental.</p>
<p><b>Año:</b> Septiembre / Octubre 2005</p>	<p><b>Tipo de estudio de investigación:</b> Estudios Clinicos</p>
<p><b>Población:</b> Familias con pérdida perinatal.</p>	
<p><b>Muestra:</b> Familias y parejas con pérdida perinatal.</p>	
<p><b>Palabras clave:</b> <i>Aborto Involuntario- Neonatal muerte- Pérdida perinatal- Profesional de apoyo social- muerte fetal</i></p> <p><i>Miscarriage Neonatal-Perinatal death-Loss-social Support Professional stillbirth</i></p>	
2. Aportes de contenido	
<p>Identifica la importancia de proporcionar un apoyo profesional a través de la enseñanza, orientación y resolución de problemas en el plan de cuidado del profesional de enfermería es fundamental, donde se pueda implementar un mayor apoyo social eficaz al ayudar a los diferentes integrantes de las redes de apoyo a afrontar y brindar compañía ante la situación de pérdida.</p>	
3. Análisis metodológico, de contenido y conclusiones.	
<p><b>Juzgamiento metodológico:</b> Las limitaciones que el estudio describe son de sesgo de selección o diagnóstico, ya que en los estudios analizados hay diversidad en la precisión terminológica y por tanto se dificulta definir un manejo para cada uno de los periodos de la pérdida, donde no es igual brindar apoyo</p>	

profesional a una mujer y familia con pérdida neonatal que ha una familia con pérdida fetal tardía dificultando así la identificación de las necesidades de cada grupo para dar su manejo.

**Análisis de contenido y conclusiones:**

- Perpetua la importancia de evaluar a cada padre y familia de forma individual e intervenirlo adecuadamente para ofrecer un apoyo social eficaz y apoyo profesional a las necesidades y expectativas de cada familia, las cuales lleguen a estar tan cerca como sea posible al nivel y a las expectativas de los padres en cuanto al acompañamiento esperado por el profesional y la red de apoyo ante la situación de pérdida.
- A su vez se reconoce la importancia de aumentar los tiempos en el plan de atención en enfermería destinados a cada paciente, disminuyendo la carga laboral en el número de pacientes con el fin de continuar brindando una atención humanizada con altos estándares de cuidado permitiendo integrar a toda la red de apoyo.

Anexo 8

<b>FICHA DESCRIPTIVA ANALITICA N°8</b>	
<b>1. Datos de identificación del artículo</b>	
<b>Título:</b> INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL ÓBITO FETAL EN 2 HOSPITALES VENEZOLANOS	
<b>Autores:</b> Erika Rojas, Karimar Salas, Gustavo Oviedo, Geovanny Plenzyk	<b>Idioma:</b> Español- Ingles
<b>Lugar donde se realizó la investigación:</b> Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario "Dr Ángel Larralde" y a la Ciudad Hospitalaria "Dr Enrique Tejera", Valencia, Venezuela	<b>Medio de publicación:</b> revista chilena de obstetricia y ginecología
	<b>Base de datos:</b> Scientific Electronic Library Online
<b>Año:</b> 2006	<b>Tipo de estudio de investigación:</b> Estudio descriptivo, no experimental, de tipo transversal
<b>Enfoque:</b> Cuantitativo	<b>Técnica estadística:</b> Entrevista
<b>Población:</b> embarazadas que acuden a la emergencia del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario "Dr Ángel Larralde" y a la Ciudad Hospitalaria "Dr Enrique Tejera", de la ciudad de Valencia, Venezuela	
<b>Muestra:</b> Se estudiaron los casos de óbito fetal ingresados desde enero a diciembre de 2003, tomando una muestra al azar de 100 pacientes	
<b>Palabras clave:</b> <i>Óbito fetal, mortalidad fetal tardía, estadísticas vitales, Venezuelz</i> <i>Fetal death, late fetal mortality, vital statistics, Venezuela</i>	
<b>2. Aportes de contenido</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• El contenido establece los riesgos asociados al óbito fetal concluyendo que mediante un adecuado control prenatal logran identificar los riesgos para la materna buscando tratamientos para evitar las complicaciones.</li> <li>• Cerca del 10% de mujeres con edades entre 20 y 30 años presentan MFI, incrementándose el riesgo a medida que avanza la edad.</li> <li>• Se describe mediante el estudio la relación existente entre MFI y edades inferiores a los 20 años y entre 30-34 años.</li> <li>• Hay mayor frecuencia de óbito fetal en madres con edad entre 25-29 años.</li> <li>• La nicotina produce una vasculitis espástica uterina, ocasionando insuficiencia placentaria y retardo del crecimiento intrauterino, lo cual se ha</li> </ul>	

asociado con desprendimiento prematuro de placenta (abruptioplacentae) y muerte fetal

- El alcohol, por otro lado, puede causar una restricción del crecimiento intrauterino, malformaciones y muerte fetal
- Las mujeres que refirieron tabaquismo, presentaron 6,5 veces más posibilidades de tener óbito que las mujeres que no fumaban.
- El embarazo es un estado de supresión inmunitaria, en donde las mujeres están propensas a infecciones, sobre todo genitourinarias, debido a cambios hormonales que propician modificaciones celulares
- 36,1% de las mujeres con óbito fetal tenían infecciones urinarias; estos procesos si no son tratados en su inicio pudieran ocasionar un proceso séptico que ocasionaría la muerte fetal.
- La enfermedad hipertensiva trae como consecuencia un deterioro de la función placentaria, disminución del aporte sanguíneo materno y desprendimiento prematuro placentario, incrementando así el riesgo de mortalidad perinatal y sobre todo fetal
- 41,9% de las madres con óbito fetal tuvieron HTA durante el embarazo
- El desprendimiento prematuro de placenta normoinsera fue una de las causas más frecuentes de óbito fetal.

### **3. Análisis metodológico, de contenido y conclusiones.**

#### **Juzgamiento metodológico:**

Los datos se recolectaron mediante una entrevista y la revisión de la historia médica, con variables como: edad cronológica y edad gestacional de la paciente, presencia de patologías maternas (infecciosas, hipertensión arterial, diabetes, renales, hematológicas, traumáticas), consumo de sustancias nocivas (tabaco, alcohol y drogas), defectos ovulares o placentarios y anomalías fetales. Permitiendo identificar las causas de mayor impacto que desencadenan óbito fetal.

#### **Análisis de contenido y conclusiones:**

- Busca los riesgos mediante la investigación realizada, para luego intervenir en el control prenatal desarrollándolo de forma efectiva para lograr buenos resultados es decir disminuyendo las complicaciones que se pueden evitar a futuro del embarazo.
- El óbito fetal se puede presentar a cualquier edad materna teniendo en cuenta el riesgo es mayor en edades menores de los 20 años y edades superiores a los 35 años.
- Hay factores asociados al óbito fetal como lo son las enfermedades genitourinarias, la hipertensión arterial, el tabaquismo, el alcohol, el predominio de las causa ovulares sobre las fetales.

Anexo 9

<b>FICHA DESCRIPTIVA ANALITICA N°9</b>	
<b>1. Datos de identificación del artículo</b>	
<b>Título: MUERTE FETAL IN ÚTERO: ETIOLOGÍA Y FACTORES ASOCIADOS EN UN HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA, CHILE</b>	
<b>Autores:</b> Jeannette Linares, Ronald Poulse	<b>Idioma:</b> Español
<b>Lugar donde se realizó la investigación:</b>  Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Clínico Regional de Antofagasta.	<b>Medio de publicación:</b> En línea
	<b>Base de datos:</b> CIMEL 2007 Vol. 12 Nº 1 Lima 2007 Scielo
<b>Año:</b> 2007	<b>Tipo de estudio de investigación:</b> : Estudio descriptivo
<b>Enfoque:</b> Descriptivo	<b>Técnica estadística:</b> Revisión documental
<b>Población:</b> Muertes fetales intrauterinas ocurridas en mujeres embarazadas a partir de las veinte semanas de gestación, cuyos partos fueron atendidos en el hospital, entre junio 2004 a junio 2006, Se encontraron 50 casos de muerte fetal in útero, se excluyeron del análisis 4 casos por no disponer de la historia clínica. Revisión del libro de ingresos de la unidad de prepartos, las historias clínicas de las pacientes, las auditorias de muerte fetal tardía y las autopsias realizadas.	
<b>Muestra:</b> 46 casos de muerte fetal intrauterinas ocurridas en mujeres embarazadas a partir de las veinte semanas de gestación, cuyos partos fueron atendidos en el hospital.	
<b>Palabras clave:</b> <i>Muerte fetal, embarazo, complicaciones del embarazo</i>  <i>Fetal death, Pregnancy, Pregnancy Complication</i>	
<b>2. Aportes de contenido</b>	
46 casos de muerte fetal intrauterinas, entre junio 2004 a junio 2006 analizaron las siguientes variables en la búsqueda de la datos: Lugar en que se produjo el óbito, si fue domiciliario (evidenciando ausencia de frecuencia fetal) u hospitalario; si hubo o no control de embarazo, evaluando la calidad del control y la presencia de carné prenatal; características de la madre sociodemográficas, antecedente personales y ginecológicos, las características del feto, como edad gestacional, sexo y peso; la presencia de patologías maternas concomitantes, como síndrome hipertensivo del embarazo (SHIE), diabetes gestacional, obesidad, infecciones, Rh negativo sensibilizada, colestasiaintrahepática del embarazo (CIE), entre otras; consumo de sustancias nocivas durante el	

embarazo como tabaco, alcohol y drogas defectos ovulares o placentarios, como rotura prematura de membranas (RPM), alteraciones morfológicas de la placenta, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, placenta previa, patología funicular. Anomalías fetales: malformación, restricción del crecimiento intrauterino (RCIU), hidrops. La causa de muerte se consideró indeterminada cuando no existió patología materna, defecto ovular ni anomalía fetal como causa primaria luego del análisis de cada caso clínico, se logró determinar una causa primaria de muerte fetal en 38 casos (83%), y los 8 casos restantes se clasificaron como causa indeterminada de muerte, 17% del total de la muestra

### **3. Análisis metodológico, de contenido y conclusiones.**

#### **Juzgamiento metodológico:**

El período de estudio fue de 2 años comprendido entre Junio de 2.004 y Junio de 2.006. Los investigadores se apoyaron en libros de ingresos de la unidad de partos, las historias clínicas de las pacientes, las auditorías de muerte fetal tardía y las autopsias realizadas, los investigadores utilizaron los datos obtenidos y los procesaron en el estadístico Excel 4.0 y se presentan en tablas de distribución absoluta y porcentual esto da validez a la información reportada en el estudio.

**Análisis de contenido y conclusiones** El contenido satisface los objetivos de este estudio ya que se mencionan los temas relacionados con nuestra investigación utilizan un periodo de tiempo amplio para recoger los datos y tomaron datos de la historia clínica lo que hace que la etiología y los factores asociados sean tenido en cuenta.

De acuerdo al tipo de estudio que se está realizando y el enfoque este estudio describe los aspectos más importantes que se tuvieron en cuenta en el momento de realizar las revisiones bibliográficas datos tanto domiciliarios como hospitalarios además de variables sociodemográficas, patológicas maternas y características de las madres.

A pesar de que muchas de las causas de las muertes son imprevisibles, se identificaron factores importantes tanto de patología como de conducta materna, los cuales deben ser detectados, prevenidos y corregidos, creando una estrategia de prevención, para alcanzar el nacimiento de un producto vivo y sano. Se evidencia en este estudio que no hacen énfasis en el manejo psicológico ni emocional, además que no hay un plan de manejo por parte del profesional enfermería cuando se presenta muerte fetal.

La muerte fetal intrauterina es un evento que puede prevenirse en una proporción considerable de casos, si el control prenatal se respetara en calidad y cantidad; pero para ello se requiere mayores esfuerzos a fin de educar y llevar conciencia a las mujeres que no llevan un control prenatal y así prevenir su recurrencia en embarazos futuros y ayudar a afrontar la situación.

Anexo 10

<b>FICHA DESCRIPTIVA ANALITICA Nº10</b>	
<b>1. Datos de identificación del artículo</b>	
<b>Título: CARING FOR FAMILIES COPING WITH PERINATAL LOSS</b>	
<b>EL CUIDADO DE FAMILIAS QUE ENFRENTAN LA PÉRDIDA PERINATAL</b>	
<b>Autores:</b> Carol Roehrs, Anne Masterson, Ruth Alles, Catherine Witt, and PhillisRutt	<b>Idioma:</b> Ingles
<b>Lugar donde se realizó la investigación:</b> Una unidad hospitalaria del parto occidental	<b>Medio de publicación:</b> Revista en línea <b>Base de datos:</b> Journal of obstetric gynecologic & neonatal nursing, JOGNN, 37, 631-639; 2008
<b>Enfoque:</b> Cualitativo	<b>Técnica Estadística:</b> Estudio descriptivo.
<b>Año:</b> 2008.	<b>Tipo de estudio de investigación:</b> Encuesta en línea y entrevistas.
<b>Población:</b> 35 Enfermeras trabajadoras de la unidad materno del hospital occidental.	
<b>Muestra:</b> Diez enfermeras trabajadoras de la unidad materna del hospital occidental, que aceptaron la participación en el estudio de forma voluntaria.	
<b>Palabras clave:</b> <i>Pérdida perinatal, duelo, estrategias de afrontamiento, dolor, trabajo de cuidado.</i>  <i>Perinatal loss, bereavement, coping strategies, grief, labor care.</i>	
<b>2. Aportes de contenido</b>	
Indaga sobre las necesidades que el profesional de enfermería tiene al prestar atención y cuidado específico a las familias que han enfrentado la pérdida fetal desde su propia percepción, reconociendo así las carencias en la capacitación y entrenamiento en el cuidado del duelo que le permita mejorar las habilidades de comunicación y generar mayor apoyo entre los integrantes del equipo de trabajo con el fin de proporcionar un cuidado integral a la mujer y su familia ante dicho proceso, teniendo en cuenta el afrontamiento y la forma de proporcionar atención tanto como la influencia del contexto que se presta la atención según lo planteado en las categorías y temas relacionados al cuidado de enfermería con pérdida fetal. Describir las necesidades de apoyo y el nivel de comodidad de los enfermeros del trabajo el cuidado de las familias que experimentan perinatal. Las	

enfermeras describen su nivel de experiencia y comodidad en el proceso de cuidado a esta familia. Este estudio fue realizado en un grupo de enfermeras perteneciente a un programa establecido para el manejo de las familias con pérdida perinatal denominado " Ayudar a Entender dolor a través de Soporte", con el cual se pretende brindar una atención sensible y un apoyo a las familias en duelo, en donde se incluye la orientación y sesiones de educación continua para las enfermeras y otros.

### 3. Análisis metodológico, de contenido y conclusiones.

**Juzgamiento metodológico:**Las limitaciones que el estudio describe son de sesgo de información u observación, ya que de la muestra 6 enfermeras trabajan exclusivamente en el turno de noche y otra de ellas rotaba algunas veces en este turno, razón por la cual sustentan que pueden tener menos experiencia y oportunidades en prestar cuidado a estas familias en comparación a las que laboran en el día; la cuales tienen mayor contacto con el grupo familiar y mayor oportunidad de atención dado que se presentan más casos en los horarios del día y no en la noche, sesgando así la información en cuanto a las falencias y necesidades identificadas por el profesionales de enfermería al afrontarse a la atención de una familia que ha tenido pérdida fetal.

#### **Análisis de contenido y conclusiones:**

- La educación inicial y continua del profesional de enfermería sobre el cuidado de duelo perinatal es necesario para proveer un cuidado integral a la mujer y su familia, generando así estrategias eficaces de apoyo y comunicación en el proceso de afrontamiento al duelo y ante el desafío emocional que se presenta, proporcionando una atención con alta calidad en el cuidado haciendo participe a todo el grupo de trabajo.
- 
- Es indispensable el desarrollo y exteriorización de la experiencia clínica para obtener el nivel de confort, orientación y habilidades necesarias para atender a estas familias en las diversas manifestaciones del duelo, donde se requiere que la educación incluya capacitación dolor y técnicas de comunicación.

Anexo 11

<b>FICHA DESCRIPTIVA ANALITICA Nº11</b>	
<b>1. Datos de identificación del artículo</b>	
<b>Título:</b> The Parental Experience of Pregnancy after Perinatal Loss <b>La experiencia de los padres del embarazo después de la pérdida perinatal</b>	
<b>Autores:</b> Pamela D. Hill, Debackere Katrina, y Karen L. Kavanaugh.	<b>Idioma:</b> Ingles
<b>Lugar donde se realizó la investigación:</b> No aparece	<b>Medio de publicación:</b> En línea
	<b>Base de datos:</b> Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing
<b>Año:</b> 2008	<b>Tipo de estudio de investigación:</b> Revisión documental
<b>Enfoque:</b> descriptivo	<b>Técnica estadística:</b> Descriptivo
<b>Población:</b> Después de la revisión de las citas y resúmenes, la muestra inicial de 252 se redujo a 40 artículos. Revisión de esta muestra de 40 arrojó 17 artículos para su inclusión en el estudio. Los 235 artículos fueron excluidos por las siguientes razones: no eran estudios de investigación primaria, no se centró en la experiencia de los padres después de una pérdida perinatal, y publicado fuera del plazo señalado.	
<b>Muestra:</b> 17 artículos de revistas indexadas en las bases de datos PubMed y CINAHL, el interés para el objetivo fueron revisados desde enero de 1997 a diciembre 2007. Sólo la investigación basada en estudios de Inglés se incluyeron.	
<b>Palabras clave:</b> <i>Perinatal death, fetal death, infant death, newborn death with subsequent pregnancy</i>  <i>Muerte perinatal, muerte fetal, muerte infantil, muerte de recién nacidos con embarazos posteriores</i>	
<b>2. Aportes de contenido</b>	
La revisión se llevó a cabo en las bases de datos PubMed y CINAHL, utilizando la metodología de Whittemore y Knafl (2005) . Los datos fueron extraídos y organizados en las rúbricas: autor / año / ajuste; fin; muestra; diseño / instrumentos, los resultados y las implicaciones de enfermería para los padres durante el embarazo después de una pérdida perinatal.	
<b>3. Análisis metodológico, de contenido y conclusiones.</b>	

**Juzgamiento metodológico:**

Los Artículos de revistas indexadas fueron revisados desde enero de 1997 a diciembre 2007, el artículo es claro en como tomaron los datos los autores, y realizaron comparación con estudios similares.

Hay sesgo de información y selección ya que la muestra limita la generalización de las respuestas y las implicaciones más allá de casada, de clase media o de raza blanca.

Los artículos analizados tienen falta de precisión terminológica, o no tienen un diseño de investigación comparable que permita comparar la muerte fetal entre diferentes aspectos y poblaciones.

- Ausencia de definición uniformemente aceptada.
- Modo de estimación de la edad gestacional.

No se evidencia estudios si las respuestas de los padres durante un embarazo posterior a una pérdida del embarazo antes de las 12 semanas de gestación son diferentes de una pérdida después de 24 semanas de gestación o nacidos muertos.

**Análisis de contenido y conclusiones**

Es importante para las enfermeras y profesionales de la salud comprender el impacto que la pérdida perinatal en un embarazo posterior, las respuestas a la pérdida perinatal posterior, las implicaciones de enfermería para los padres durante el embarazo posterior.

Se reconoce que a pesar de las revisiones bibliográficas realizadas no se encuentran estudios sobre el manejo emocional de la mujer que ha presentado muerte fetal ni atención del plan de atención por parte del profesional de enfermería.

La mayoría de las mujeres que han experimentado una pérdida fetal anterior tienen a generar más ansiedad y depresión con embarazos posteriores y pensamientos que con un nuevo embarazo pueden fracasar, además que una gestación no suple a la anterior, estas respuestas pueden ser vistos como una respuesta natural a preocuparse de que este embarazo también terminará en una derrota, esto es especialmente frecuente cuando la razón de la pérdida anterior no se puede explicar completamente o evitar, lo que nos lleva analizar que debemos crear estrategias como profesionales de enfermería adecuadas para manejar a cada mujer en esta situación lo que significa que la enfermera debe evaluar las necesidades de cada padre individualmente.

Los investigadores recomendaron una evaluación minuciosa de la historia obstétrica que permitirá a las enfermeras, así como a los profesionales de la salud proporcionar los cuidados, además de realizar un adecuado control prenatal evaluando la historia obstétrica que es fundamental, ya que avisa a las enfermeras para esperar y reconocer la ansiedad cuando el embarazo es posterior a una pérdida, además de proporcionar educación sobre los signos y síntomas del embarazo también es un aspecto fundamental que no debe olvidar.

Es de suma importancia evaluar del sistema de apoyo de redes de los padres ya que permitirá a los profesionales de enfermería y proveedores de atención de salud para trabajar con los padres para promover la elección de los procedimientos que se pueden realizar en la siguiente gestación.

FICHA DESCRIPTIVA ANALITICA Nº12	
1. Datos de identificación del artículo	
<p><b>Título:</b> PERCEPÇÕES DE ENFERMEIRAS SOBRE A ASSISTÊNCIA PRESTADA A MULHERES DIANTE DO ÓBITO FETAL.</p> <p><b>PERCEPCIONES DE ENFERMERAS ACERCA DE LA ATENCIÓN A LA MUJERES FRENTE A LA MUERTE DEL FETO</b></p>	
<p><b>Autores:</b> Camila da Silva Santos, Juliana Freitas Marques, Francisco Herlânio Costa Carvalho, Ana Fátima Carvalho Fernandes, Ana Ciléia Pinto Teixeira Henriques, Karla de Abreu Peixoto Moreira.</p>	<p><b>Idioma:</b> Portugués, Ingles y Español.</p>
<p><b>Lugar donde se realizó la investigación:</b> En un Hospital de Maternidad en unidad de atención para embarazos de alto riesgo, Referencia del Estado de Ceará, en Fortaleza, Brasil.</p>	<p><b>Medio de publicación:</b> En línea.</p>
	<p><b>Base de datos:</b> Scielo.</p>
<p><b>Año:</b> Entre septiembre y octubre de 2009.</p>	<p><b>Tipo de estudio de investigación:</b> Descriptivo analítico.</p>
<p><b>Enfoque:</b> Cualitativo analítico.</p>	<p><b>Técnica Estadística:</b> Descriptivo analítico.</p>
<p><b>Población:</b> Enfermeras que trabajan en el hospital de maternidad en la unidad de atención de alto riesgo, durante el periodo de septiembre y octubre de 2009.</p>	
<p><b>Muestra:</b> Nueve enfermeras que trabajan en el hospital de maternidad en la unidad de atención de alto riesgo en donde se brinda atención a pacientes con pérdida fetal, durante el periodo de septiembre y octubre de 2009.</p>	
<p><b>Palabras clave:</b> <i>Salud de la mujer, Muerte fetal, Atención de enfermería.</i></p> <p><i>Women's health, fetal death, nursing care.</i></p>	
2. Aportes de contenido	
<p>Desde la perspectiva de enfermería se revela la evidencia de implementar un plan de atención específico para la mujeres que presentan muerte fetal, donde el proveedor del cuidado tenga los conocimiento teórico-prácticosuficientes para realizar una intervención humanizada y con calidad, siendo el apoyo psicológico</p>	

el enfoque principal del plan de cuidado con el fin de brindar acompañamiento a la familia durante el proceso del duelo.

### **3. Análisis metodológico, de contenido y conclusiones.**

#### **Juzgamiento metodológico:**

Las limitaciones que el estudio describe son de sesgo de información u observación, ya que se llevó a cabo con profesionales de enfermería que trabajan habitualmente en área de alto riesgo gestacional, lo que puede generar que no se identifique una atención específica para dicha población, dado que resulta difícil diferenciar el duelo de una mujer que presenta muerte fetal a el duelo de una mujer que presenta un aborto o una muerte perinatal, debido a la rutina de su trabajo.

#### **Análisis de contenido y conclusiones:**

- Establece la necesidad de realizar un trabajo específicos para el profesional de enfermería de capacitación teórica-práctica desde su formación integrando herramientas específicas que permita el adecuado abordaje del proceso del duelo desde los diferentes contextos en mujeres que presentan muerte fetal.
- Se realiza hincapié en la realidad de la sobrecarga laboral de las enfermeras como impedimento para llevar a cabo una asistencia satisfactoria, lo que refuerza la necesidad de optimizar la distribución de las pacientes por asistencia profesional de tal forma que se brinde un cuidado integral, con el fin aumentar los espacios de comunicación terapéutica que permita generar un mayor apoyo psicológico, cuya función principal expresado por las enfermeras es la escucha activa, suavizando el momento de profunda tristeza de estas mujeres y las familias que sufren la pérdida fetal.
- En el abordaje realizado se reconoce que a pesar de las revisiones bibliográficas, son insuficientes los estudios que se encuentran sobre el manejo emocional de la mujer que ha presentado muerte fetal, de igual forma que un plan de atención específico por parte del profesional de enfermería dirigido a dicha población.

<b>FICHA DESCRIPTIVA ANALITICA Nº13</b>	
<b>1. Datos de identificación del artículo</b>	
<b>Título:</b> THE INFLUENCE OF PRIOR PERINATAL LOSS ON PARENTS' PSYCHOLOGICAL DISTRESS AFTER THE BIRTH OF A SUBSEQUENT HEALTHY INFANT <b>LA INFLUENCIA DE LA PÉRDIDA PERINATAL ANTES DE LA ANGUSTIA PSICOLÓGICA DE LOS PADRES DESPUÉS DEL NACIMIENTO DE UN BEBÉ SANO POSTERIOR</b>	
<b>Autores:</b> Deborah S. Armstrong, Marianne H. Hutti, and John Myers	<b>Idioma:</b> Ingles
<b>Lugar donde se realizó la investigación:</b>  Campus Ciencias de la Salud, Louisville	<b>Medio de publicación:</b> En línea
	<b>Base de datos:</b> Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing: JOGNN / NAACOG
<b>Año:</b> Septiembre 2009	<b>Tipo de estudio de investigación:</b> Cohorte longitudinal.
<b>Enfoque:</b> Cualitativo	<b>Técnica estadística:</b> Entrevista
<b>Población:</b> Las parejas fueron elegibles para el estudio si había experimentado un embarazo previo que dio lugar a en una pérdida perinatal, La muestra de voluntarios fue reclutado desde la etapa prenatal clínicas, clases de educación prenatal y privadas obstétrica practica en un estado del sudeste, grupos de pérdida de apoyo y boletines de noticias en todo el país, servicios de duelo también sirvió como el reclutamiento, avisos acerca del estudio se publicaron en tableros de mensajes de Internet se centra en perinatal pérdida, así como las juntas generales de embarazo, y padres interesados fueron reclutados, la madre y el padre de cada pareja fueron reclutados. Los participantes tenían 18 años de edad o más y eran capaces de leer y entender Inglés.	
<b>Muestra:</b> 36 parejas con antecedentes de pérdida perinatal anterior. Los datos fueron recogidos durante el tercer trimestre de embarazo, 3 meses después del parto, y de nuevo 8 meses después del nacimiento.	
<b>Palabras clave:</b> <i>Perinatal loss, posttraumatic stress, depressive symptoms and parent-infant attachment</i>	
<i>Pérdida perinatal, estrés postraumático, síntomas depresivos, padre-hijo apego</i>	
<b>2. Aportes de contenido</b>	
Se utilizó para examinar 36 parejas con antecedentes de pérdida perinatal anterior, los datos se recogieron durante el tercer trimestre de embarazo, 3 meses después del parto, y de nuevo 8 meses después del nacimiento. Las medidas de resultado incluyeron estrés postraumático (TheImpact of	

EventScale), los síntomas depresivos (Centro de Estudios Epidemiológicos de la Depresión), la ansiedad (SpielbergerStateTraitAnxietyInventory), y preocupaciones y actitudes de los padres (materna / paterna Cuestionario de Actitudes).

El IES contiene dos subescalas: intrusión y evitación, invitado pensamientos, imágenes, sueños turbulentos, emociones fuertes y comportamiento repetitivo ejemplifican la Intrusión subescala. La subescala de evitación es caracterizada por la negación del significado y consecuencias del evento, embotamiento emocional e inhibiciones conductuales. La validez se apoya por transferencia frecuente de los elementos por una población buscar ayuda para PTS trastorno, este instrumento se utiliza ampliamente en una variedad de poblaciones y circunstancias para evaluar la frecuencia del acontecimiento vital estresante del pasado.

### **3. Análisis metodológico, de contenido y conclusiones.**

#### **Juzgamiento metodológico:**

Los autores realizaron el estudio teniendo en cuenta las dos escalas la depresión y ansiedad lo que da validez a la información reportada en el estudio, es claro en como tomaron los datos los autores, y realizaron comparación con estudios similares, sin embargo hay aspectos en los que no se encuentra profundización, falta información sobre días de la investigación además sesgo de selección.

#### **Análisis de contenido y conclusiones**

Las pérdidas perinatales son eventos traumáticos en la vida de las familias y puede tener graves consecuencias a largo plazo con consecuencias para la salud psicológica de los padres y los hijos posteriores, la importancia de realizar un trabajo con los profesionales de enfermería para el manejo del duelo en mujeres que presentan muerte fetal.

Plantean una escala de valoración de la ansiedad y depresión que permite identificar las alteraciones psicológicas y emocionales a corto y largo plazo.

En este artículo el contenido y sus conclusiones aportan información nueva para la información de nuestro trabajo, además que la información es clara.

Los niveles de los síntomas depresivos de las madres indican un riesgo potencial para la depresión durante los embarazos similares, por eso es de vital importancia un control prenatal completo identificando factores de ansiedad y depresión para evitar los síntomas en embarazos posteriores.

La investigación muestra una asociación entre pérdida derivada de la maternidad sin resolver o trauma como un resultado de la pérdida perinatal y el desarrollo de trastornos las relaciones de apego entre los niños y madres lo que demuestra

que no se encuentran estudios sobre el manejo emocional de la mujer que ha presentado muerte fetal ni atención del plan de atención por parte del profesional de enfermería.

El nivel de los síntomas depresivos de las madres indica un riesgo potencial para la depresión durante los embarazos similares, por eso es de vital importancia un control prenatal completo identificando factores de ansiedad y depresión.

<b>FICHA DESCRIPTIVA ANALITICA N°14</b>	
<b>1. Datos de identificación del artículo</b>	
<b>Título:</b> ÓBITO FETAL, DISTIMIA Y REACCIÓN DEPRESIVA. MISCARRIAGE, DYSTHYMIA AND DEPRESSIVE REACTION.	
<b>Autores:</b> Jaime Ernesto Vargas-Mendoza y Anel Ingrid Pacheco-Chávez.	<b>Idioma:</b> Ingles y Español.
<b>Lugar donde se realizó la investigación:</b> Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General de Zona Número 1 Oaxaca. México	<b>Medio de publicación:</b> En línea.
	<b>Base de datos:</b> Scielo
<b>Año:</b> Año 2010 al 2011.	<b>Tipo de estudio de investigación:</b> Descriptivo analítico
<b>Enfoque:</b> Cualitativo escala de	<b>Técnica Estadística:</b> Encuesta e Instrumento de evaluación la Depresión CES – D
<b>Población:</b> Pacientes con muerte fetal intrauterina del Hospital General De Zona Número 1 en La Ciudad de Oaxaca – México.	
<b>Muestra:</b> 10 pacientes con muerte fetal en su embarazo y cuyo producto recién se había retirado durante su estancia hospitalaria, en el Hospital General De Zona Número 1 en la Ciudad de Oaxaca – México.	
<b>Palabras clave:</b> <i>Miscarriage, Depression, Coping.</i> <i>Depresión Aborto Involuntario, Afrontamiento.</i>	
<b>2. Aportes de contenido</b>	
Describe la importancia y utilidad de evaluar los niveles de depresión mediante la Escala de valoración de la Depresión CES- D como consecuencia de la pérdida fetal, sugiriendo de dicha forma la elaboración de planes de cuidado enfocados al afrontamiento oportuno y eficaz para la mujer y su grupo familiar logrando un adecuado manejo de la situación del duelo. En donde Los resultados generales mostraron que el 70% de las mujeres arrojaban datos de Depresión, 40% con Distimia y 30% con una Reacción Depresiva de mediana intensidad y por el contrario ninguna presentó Depresión Mayor durante el proceso de duelo.	
<b>3. Análisis metodológico, de contenido y conclusiones.</b>	

**Juzgamiento metodológico:**

Los autores realizaron el estudio teniendo en cuenta una escala de valoración de depresión lo que da validez a la información reportada en el estudio, en donde es claro en como tomaron los datos y como se llevó a cabo la realización de los estudios similares, sin embargo hay aspectos en los que no se encuentra profundización acerca de los falta información sobre días de la investigación.

**Análisis de contenido y conclusiones:**

- Es valiosa la presentación y aplicación de la escala de valoración de depresión en las mujeres con muerte fetal con el fin de realizar una intervención preventiva al sin número de complicaciones que acarrea el proceso del duelo para la mujer y su familia.
- Se reconoce que en de las revisiones bibliográficas realizadas se encuentran estudios sobre el manejo emocional y psicológico de la mujer que ha presentado muerte fetal desde diferentes profesiones como psicología y psiquiatría, pero no se plantea ninguna atención desde la profesión de enfermería, siendo reconocido como unos de los profesionales que tiene mayor contacto con la dicha población duran este proceso inmediato del duelo.

<b>FICHA DESCRIPTIVA ANALITICA Nº15</b>	
<b>1. Datos de identificación del artículo</b>	
<b>Título: PAUTAS DE MANEJO DEL EMBARAZO MÚLTIPLE COMPLICADO CON LA MUERTE FETAL IN ÚTERO DE UN GEMELO</b>	
<b>Autores:</b> Susana Barba J, Jorge Carvajal C.	<b>Idioma:</b> Español- Ingles
<b>Lugar donde se realizó la investigación:</b> Pontificia Universidad Católica de Chile	<b>Medio de publicación:</b> revista chilena de obstetricia y ginecología
	<b>Base de datos:</b> Scientific Electronic Library Online
<b>Año:</b> 2012	<b>Tipo de estudio de investigación:</b>
<b>Enfoque:</b> Descriptivo <b>Técnica Estadística:</b> Revisión Documental	
<b>Población:</b> Mujeres con embarazos múltiples complicados por la muerte de un gemelo en período comprendido entre 1954 a 2011	
<b>Muestra:</b> 46 estudios observacionales entre el año 1954 a 2011	
<b>Palabras clave:</b> <i>Embarazo gemelar, muerte de un gemelo, feto sobreviviente. Twin pregnancy, single fetal demise, surviving fetus.</i>	
<b>2. Aportes de contenido</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Las causa de muerte fetal intrauterina de un gemelo pueden ser múltiples, algunas son: fetales, ovulares, maternas.</li> <li>▪ La morbilidad y mortalidad de un gemelo se explica por 2 teorías, como trombo embolica, donde hay elementos tromboembolicos que pasan del gemelo muerto al vivo, por medio de anastomosis vasculares placentarias, causando isquemia en en órganos como riñones, y corteza cerebral y la hemodinámica, habla de la resistencia vascular del feto enfermo que conduce a la exanguinación del feto vivo desde el momento pre mortem hasta tiempo después, causando anemia, hipo perfusión tisular y daño de órganos en el gemelo.</li> <li>▪ Cuando un gemelo muere provoca múltiples daños al gemelo vivo, describiéndolo con una mortalidad de 12.5-27%, pero no todo es culpa del gemelo que muere también hay causas R/C prematurez con un % de 48.4%</li> <li>▪ La prevalencia de parálisis cerebral es de 11 y 1 por 1000 nacidos vivos.</li> <li>▪ Hay consecuencias que se pueden describir por la edad gestacional y la corionicidad del embarazo.</li> <li>▪ Hay incremento en mortalidad perinatal para gemelos de embarazos monocoriales que para embarazos bicoriales.</li> <li>▪ Se explica el manejo e intervención luego de presentarse la muerte de uno de los gemelos, en el 1 trimestre del embarazo, se debe continuar con el</li> </ul>	

embarazo como embarazo único, en el 2 trimestre la intervención se realiza de acuerdo a los riesgos y la prematurez.

- Se realiza una valoración neurológica, se habla del momento indicado para la interrupción del embarazo, y el inicio del control prenatal.
- Se resalta la necesidad de dar u soporte emocional a los padres y mejorar el control prenatal.

### **3. Análisis metodológico, de contenido y conclusiones.**

#### **Juzgamiento metodológico:**

Permitió que mediante los estudios observacionales por medio de la revisión sistemática, y narrativa siendo de primera fuente y de segunda fuente se utilizó capítulos de embarazo múltiple en: UpToDate online y Obstetricia de Williams, y algunos trabajos citados en la bibliografía de artículos incluidos. Hay un buen manejo de acuerdo a las conclusiones obtenidas, no describe el manejo del análisis si tuvo en cuenta o no las palabras clave.

#### **Análisis de contenido y conclusiones:**

- No hay una ficha analítica por lo cual se puede inferir que el tema está siendo analizado por medio de las palabras clave y se considera que se realizó de acuerdo a las posibles intervenciones en cuanto a prevención y manejo.
- El artículo busco crear una pauta para el manejo uniforme en embarazos múltiples en base a la mejor evidencia.
- El embarazo monocorial tiene mayor riesgo de mortalidad comparado con un embarazo bicorial.
- El artículo reporta que un 48.4% de los prematuros presenta secuelas, derivadas de su misma prematurez.
- Se muestra en el artículo que hay un riesgo derivado de la mortalidad fetal in útero pese al control prenatal estricto.