

Necesidades de cuidados en las madres y los padres tras la muerte perinatal

Autora: Angie Melissa Grisales Franco

Tutor académico: Prof. Dr. Domingo Ángel Fernández Gutiérrez

TRABAJO DE FINAL DE GRADO

GRADO EN ENFERMERÍA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD: SECCIÓN ENFERMERÍA

UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

MAYO 2024

Índice

1. Introducción	4
2. Objetivos	9
2.1. Objetivo principal:	9
2.2. Pregunta de investigación:	9
3. Material y métodos	10
3.1. Diseño	10
3.2. Estrategia de búsqueda	10
3.3. Selección de estudios	11
4. Resultados	14
4.1. Descripción de los resultados de la búsqueda	14
4.2. Descripción de las características de los estudios incluidos	15
4.3. Resultados del análisis de los datos extraídos	15
5. Discusión	16
5.1. Reconocimiento de la identidad del bebé fallecido como ser único e irremplazable:	16
5.1.1 . Establecer relaciones emocionales con el bebé fallecido a través de la creación de recuerdos positivos:	17
5.2. La legitimación del duelo y el reconocimiento de la identidad de los progenitores como padres:	19
5.3. Expectativas del rol masculino y las necesidades de los padres durante el proceso de duelo:	21
5.4. La necesidad de la continuidad de cuidados:	23
5.5. Aspectos importantes en el cuidado profesional:	24
6. Conclusión	27
7. Recomendaciones a la práctica	28
8. Bibliografía	31
8. Anexos	36
Anexo 1	36
Anexo 2	38
Anexo 3	48
Anexo 4	49
Anexo 5	53

Resumen

Introducción

El embarazo es un momento de gran ilusión para los futuros padres y sus familias. Sin embargo, cuando la muerte aparece donde se espera una nueva vida la madre y el padre experimentan una tragedia silenciosa. Tendrán que enfrentarse a la reconstrucción de un mundo de significados que se ha visto amenazado por la pérdida perinatal; el duelo. Este duelo se ve envuelto en un clima de soledad debido a la falta de apoyo por el entorno familiar, social e incluso, sanitario.

Objetivos

El objetivo de esta revisión sistemática es identificar las necesidades de cuidados psicosociales y emocionales basadas en la evidencia de las madres y padres tras experimentar una pérdida por muerte perinatal en el entorno hospitalario.

Metodología

Se ha llevado a cabo una búsqueda haciendo uso de la herramienta Punto Q de la Biblioteca de La Universidad de La Laguna y en las bases de datos PubMed, Medline, CINAHL Complete, Scielo España, Dialnet y Cochrane Library. Asimismo, se llevaron a cabo búsquedas manuales con el fin de asegurar la recopilación de mayor información relevante posible.

Resultados

Se seleccionan 14 artículos de los cuales se identifican 5 temas principales: Reconocimiento de la identidad del bebé como ser único e irremplazable, reconocimiento de la identidad de los progenitores como padres y la legitimación del duelo, las expectativas del rol masculino y las necesidades de los padres durante el proceso de duelo, la necesidad de la continuidad de cuidados y finalmente, aspectos importantes en el cuidado profesional.

Conclusiones

Pese a la falta de investigación que proporcione intervenciones eficaces para ayudar a los padres en duelo perinatal basadas en la evidencia, se encuentran diversas actividades y cuidados que se pueden ofrecer y que pueden ser efectivos, siempre y cuando se respete la cultura, creencias e ideales de cada familia.

Palabras clave

Muerte perinatal, duelo perinatal, pérdida, cuidados de enfermería.

Abstract

Introduction

Pregnancy is a time of great excitement for future parents and their families. However, when death appears where a new life is expected, the mother and father experience a silent tragedy. They will have to face the reconstruction of a world of meanings that has been threatened by perinatal loss, grief. This grief is involved in a climate of loneliness due to the lack of support from the family, social and even health environment.

Objective

The objective of this systematic review is to identify the evidence-based psychosocial and emotional care needs of mothers and fathers after experiencing a perinatal death loss in the hospital setting.

Methodology

A search has been carried out using the Punto Q tool of the Library of the University of La Laguna and in the databases PubMed, Medline, CINAHL Complete, Scielo España, Dialnet and Cochrane Library. Likewise, manual searches were carried out in order to ensure the collection of as much relevant information as possible.

Results

14 articles are selected, of which 5 main themes are identified: Recognition of the identity of the baby as a unique and irreplaceable being, recognition of the identity of the progenitors as parents and the legitimization of grief, the expectations of the male role and the needs of the fathers during the grieving process, the need for continuity of care and finally, important aspects in professional care.

Conclusion

Despite the lack of research that provides effective interventions to help parents in perinatal grief based on evidence, there are various activities and care that can be offered and that can be effective, as long as the culture, beliefs and ideals of each family are respected.

Key words

Perinatal death, perinatal grief, bereavement, nursing care.

1. Introducción

El embarazo es un momento de gran ilusión para los futuros padres y sus familias, los cuales imaginan que nacerá un bebé sano al que conocerán y querrán. Se preguntan cómo será y que le tendrá preparado el futuro. Sin embargo, muchas veces no sucede esta situación ideal y si por el contrario el bebé nace muerto o muere en las últimas etapas del embarazo, durante el parto o poco después del parto, las madres, los padres y las familias experimentan una tragedia silenciosa.¹ Tendrán que enfrentarse a la reconstrucción de un mundo de significados que se ha visto amenazado por la pérdida, el duelo.²

Existen numerosos términos y definiciones en torno a la situación que estamos tratando en esta revisión.

La muerte perinatal abarca aquella que se produce durante el embarazo a partir de las 22 semanas y la muerte durante el periodo neonatal. Este término cuenta con varias definiciones: desde las 22 semanas hasta un máximo de 28 días de vida en su definición más amplia, o desde las 28 semanas hasta los 7 días posparto en su definición más restringida.³

Vemos entonces que tal y como se ha comentado anteriormente, la muerte perinatal comprende un amplio período de tiempo.

Por un lado, cuando la pérdida tiene lugar en la etapa prenatal, es decir, antes del nacimiento, se define como muerte fetal, y esta, a su vez, se subdivide en tres etapas: temprana (antes de la semana 22 de gestación) la cual también recibe el nombre de aborto espontáneo o pérdida temprana del embarazo⁴, intermedia (entre las semanas 22 y 27) y tardía (tras cumplir las 28 semanas de gestación).

Por otro lado, la muerte perinatal también incluye la que se considera como etapa neonatal. Este es el período que comprende desde el momento del nacimiento hasta los 28 días de vida. Concluimos entonces en que: cuando la pérdida tiene lugar en este periodo de tiempo se divide en muerte neonatal precoz (los primeros 7 días de vida) y muerte neonatal tardía (desde los 7 días de vida hasta los 28).^{1,5}

Figura 1. Tabla definiciones muerte perinatal. Fuente: Elaboración propia

Clasificación de muerte perinatal					
Muerte fetal (MF)			Muerte neonatal (MN)		
MF temprana (aborto)	MF intermedia	MF tardía	MN temprana	MN tardía	
	Definición estándar muerte perinatal				
	Definición ampliada de muerte perinatal				
		Definición restringida muerte perinatal			
F.U.R.	22 semanas	28 semanas	Nacimiento	7 días vida	28 días vida

Nada de esto debe confundirse con el término interrupción voluntaria del embarazo, que se produce de manera electiva por la mujer y que se llevará a cabo de manera legal siempre y cuando concorra durante las primeras catorce semanas de gestación.⁶

Alrededor del 84% de la totalidad de muertes perinatales se registra en los países de ingresos bajos y medianos bajos. No obstante, también se observan altas tasas de muertes perinatales entre los grupos vulnerables y las minorías étnicas en los países de ingresos altos.⁷

La determinación de las vías fisiopatológicas que en teoría dan lugar a la muerte perinatal ayuda a comprender el por qué y el cómo de esta trágica situación, lo cual ayudará significativamente a los padres en su proceso de duelo.⁸

Existen diferentes factores de riesgo descritos con frecuencia que están asociados a la muerte perinatal como por ejemplo, la muerte fetal previa, los factores socioeconómicos, la raza... Otros factores de riesgo reportados son la edad gestacional avanzada, el embarazo múltiple y las enfermedades maternas como edad avanzada (>35 años), obesidad, intoxicaciones por drogas, preeclampsia, etc. Sin embargo, al analizar la causa de la muerte no se debe centrar únicamente en la enfermedad materna, ya que muchas veces ésta no está relacionada con la causa de la muerte fetal.^{8,9,10}

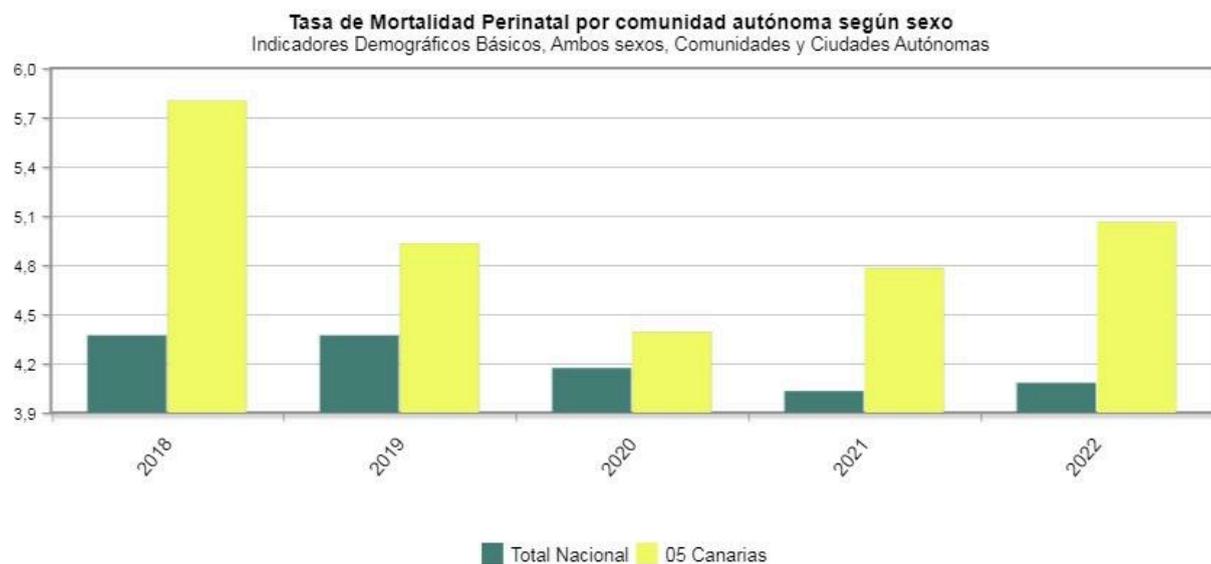
Además, nos encontramos con diversas dificultades para el estudio de la etiología de la mortalidad perinatal, en España los principales problemas para su análisis son la infradeclaración o la no inscripción de casos en el Registro Civil y la inclusión o no de los

casos de interrupción del embarazo, por motivo de anomalías fetales severas/graves o amenaza a la salud de la madre a partir de la semana 22.³

Según la OMS, mundialmente se producen casi 2 millones de muertes perinatales cada año, una cada 16 segundos.⁷ Siguiendo los datos obtenidos en el Instituto Nacional de Estadística (INE) en 2022 a nivel nacional contamos con una tasa de 4 defunciones por cada mil nacidos. Por otro lado, en la Comunidad Autónoma de Canarias se obtuvo una tasa de 5 muertes por cada mil nacidos en el mismo año.¹¹

A nivel nacional podemos observar una tendencia al descenso en los últimos cinco años registrados en el INE (2018-2022) con tasas de 4'3 defunciones por cada mil nacidos en 2018 y 2019 contra un notable descenso en 2020, 2021 y 2022 con cifras de 4'2, 4 y 4'1 respectivamente. Por el contrario, a nivel autonómico nos encontramos con cifras más elevadas con tasas de entre 5'8 en 2018 y 4'4 en 2020, sin un claro patrón de ascenso o descenso, aspecto que podemos apreciar claramente en la gráfica (Figura 1).¹¹

Figura 2. Comparación tasa de mortalidad perinatal a nivel nacional y autonómico. Fuente: Instituto Nacional de Estadística.



Con respecto al marco teórico este trabajo está realizado desde la perspectiva de la Teoría de los cuidados de Kristen M. Swanson, quien propone cinco procesos básicos (conocer, estar con, hacer por, posibilitar y mantener las creencias) que dan sentido a los actos etiquetados como cuidados, estos están claramente definidos y dispuestos en una secuencia lógica que describe los procesos de prestación de cuidados. En estos reconoce

que “estar con” significa estar emocionalmente presente para el otro. Engloba estar allí en persona, transmitir disponibilidad y compartir sentimientos sin presionar al paciente atendido. Así como “posibilitar” es facilitar el paso del otro a través de las transiciones vitales y los acontecimientos desconocidos, centrándose en el acontecimiento, informando, explicando, apoyando, validando los sentimientos, generando alternativas, reflexionando y proporcionando retroalimentación. Aspectos fundamentales en una situación como la que tratamos en este proyecto.^{12,13}

Por otro lado, el metaparadigma describe los principales conceptos que hacen referencia al tema principal, así como a la finalidad de una disciplina. Por lo que la aplicación de una teoría enfermera garantizará que todas las profesionales compartan una misma concepción del metaparadigma e igual lenguaje en la orientación de los cuidados.

Según Swanson, un componente fundamental y universal de la buena práctica enfermera es atender el bienestar biopsicosocial y espiritual del paciente. La autora afirma que los cuidados se basan en el mantenimiento de una creencia básica en los seres humanos, apoyada por el conocimiento de la realidad del cliente, transmitida por estar emocional y físicamente presente, y representada al hacer por y posibilitar al paciente.¹²

Con todo esto llegamos a la conclusión de que los cuidados son fundamentales para la práctica enfermera, es por ello que se recalca la importancia de un enfoque riguroso y especializado en los ámbitos del saber, hacer y ser que asegure, en nuestro caso, a los progenitores un cuidado de la más alta calidad.¹³

La pérdida de un hijo es ampliamente reconocida como una de las experiencias más profundamente dolorosas, intensas y con uno de los tipos de duelo más devastadores.¹⁴

El duelo perinatal tiene unas características que lo diferencian de duelos de otros tipos: la proximidad entre el nacimiento y la muerte, la juventud de los progenitores para los que supone su primer contacto con la muerte y lo inesperado del suceso.¹⁵ Además, las pérdidas perinatales son en la actualidad un tema tabú. Se trata de una pérdida que no es reconocida ni validada socialmente, no es expresada por la persona de forma abierta, ni apoyada por el entorno. Este duelo se ve envuelto en un clima de soledad debido a la falta de apoyo por el entorno familiar, social e incluso, sanitario.¹⁶

Tras la pérdida perinatal, la persona en duelo experimenta shock e insensibilidad, aturdimiento y dificultades para seguir con la vida diaria. Siente melancolía y presenta conductas de búsqueda, con irritabilidad, labilidad, debilidad y sentimientos de culpa. Algunas mujeres refieren oír el llanto del bebé o sentir sus movimientos en el vientre.

Posteriormente aparece la desorientación y desorganización de la vida cotidiana, con sensación de vacío y soledad. Los progenitores se sienten desautorizados para estar en duelo, temen enfermar y deprimirse. Estos sucesos comienzan a tener lugar cuando todo el mundo se sorprende de que no lo haya "superado", pues "hay que seguir adelante"... y tener otro hijo. Finalmente y en los casos en los que no existe una complicación del duelo, se produce una reorganización, en la que sin olvidar la pérdida, se rehace la vida y se recupera la capacidad de disfrutar.¹⁷

Cuando la muerte aparece donde se espera una nueva vida, el personal sanitario no formado con estrategias y herramientas para ayudar a los padres a afrontar estas situaciones, puede reaccionar con ansiedad y descuido, evitando el contacto por no saber qué decir, cómo actuar o por miedo a que los progenitores lloren o se muestren afectados. Esto les hace difícil ayudar a las familias que han perdido un hijo.

El cuidado de familias en duelo puede causar angustia e incomodidad, lo que puede representar un desafío tanto personal como profesional para la enfermera.¹⁸ En algunas situaciones, las enfermeras y matronas pueden experimentar sentimientos de fracaso personal e impotencia así como la necesidad de distanciarse de esos padres en duelo debido a que se sienten incapaces de hacer frente a la magnitud de los sentimientos de los padres ante la pérdida.¹⁶ La respuesta profesional ante la pérdida perinatal se aborda de manera deficiente en la práctica enfermera. Dichas profesionales refieren sentirse emocionalmente abrumadas, conmovidas, con una sensación de pérdida intensa y con un conflicto interno acerca de lo que es mejor para el paciente.¹⁹

La atención sanitaria a las familias ante la pérdida gestacional es una de las áreas más deficitarias en los sistemas de salud de todo el mundo. La escasa formación y especialización en duelo perinatal, así como la necesidad de ampliar el apoyo por parte de las instituciones a los profesionales de las áreas materno infantiles, son los puntos clave identificados para poder ofrecer una correcta atención a las mujeres y parejas ante la pérdida de un hijo/a.²⁰

Es por esto por lo que surge la idea de realizar esta revisión sistemática, con el fin de determinar las necesidades de cuidados de los progenitores tras sufrir esta llamada tragedia silenciosa. De esta manera, los profesionales sanitarios que se ven involucrados en estas situaciones podrán actuar con conocimiento de qué herramientas e intervenciones pueden ser de mayor o menor ayuda.

Objetivos

2.1. Objetivo principal:

El objetivo de este proyecto es identificar las necesidades de cuidados psicosociales y emocionales basadas en la evidencia de las madres y padres tras experimentar una pérdida por muerte perinatal en el entorno hospitalario.

2.2. Pregunta de investigación:

Siguiendo una alternativa similar al sistema PICO más sencilla y enfocada a este tipo de trabajo, se ha elaborado la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los principales cuidados que como profesionales sanitarios debemos ofrecer a las madres y padres tras la pérdida por muerte perinatal?

2. Material y métodos

3.1. Diseño

Se utilizó la metodología de “revisión sistemática” o “Scoping Review” la cual es utilizada para mapear las ideas principales que sostienen un campo de estudio. Es un tipo de investigación secundaria que consiste en la búsqueda, localización, recuperación, análisis e integración del conocimiento científico sobre una determinada pregunta de investigación.

Es sistemática y rigurosa e integra investigación empírica y conceptual. Permite, a partir de los resultados, generar hipótesis y proponer ámbitos de estudio insuficientemente desarrollados.^{21.22}

Además, las revisiones sistemáticas pueden llevarse a cabo a partir de estudios de investigación cuantitativa (revisiones sistemáticas cuantitativas) o de estudios de investigación cualitativa (revisiones sistemáticas cualitativas).²

3.2. Estrategia de búsqueda

Se ha realizado una búsqueda haciendo uso de la herramienta Punto Q de la Biblioteca de La Universidad de La Laguna y en las bases de datos PubMed, Medline, CINAHL Complete, Scielo España, Dialnet y Cochrane Library. Asimismo, se llevaron a cabo búsquedas manuales con el fin de asegurar la recopilación de la mayor información relevante posible.

Se han utilizado los tesauros Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y descriptores del Medical Subject Heading (MeSH) en las diferentes bases de datos que he mencionado anteriormente.

Asimismo, se ha hecho uso de los siguientes términos:

DeCS	MeSH
Muerte perinatal	Perinatal death
Mortinato	Stillbirth
Muerte fetal	Fetal death
Cuidados de enfermería	Nursing care
Aflicción	Bereavement
Pesar	Grief
Enfermeros comadrones	Nurse midwives
Enfermeros	Nurses

Además, para aquellas palabras que no cuentan con DeCS y MeSH se ha utilizado el lenguaje natural en español o inglés según corresponda, ya que su inclusión en la búsqueda proporciona beneficios a la revisión.

Entre estos términos nos encontramos con:

Español	Inglés
Pérdida perinatal	Perinatal loss
Duelo perinatal	Perinatal grief

3.3. Selección de estudios

A continuación se muestran los criterios de inclusión que se han aplicado a la revisión:

- Artículos publicados en los últimos 20 años.
- Artículos en inglés y/o español.
- Artículos que se puedan obtener a texto completo.
- Artículos que aporten evidencia científica e incluyan las palabras clave.

Para este proceso de selección de estudios se ha realizado un flujograma que detalla los diferentes pasos que se han llevado a cabo para llegar a obtener finalmente los artículos seleccionados, véase **figura 3**.

Por otro lado, para realizar la lectura crítica de estos artículos se han utilizado las herramientas proporcionadas por Critical Appraisal Skills Programme Español (CASPe) así como las facilitadas por Joanna Briggs Institute (JBI) para el nivel de evidencia y el grado de recomendación. Estas herramientas se componen de diferentes plantillas con cuestionarios y guías que sirven de ayuda para valorar dichos aspectos. Estos datos han sido recogidos en una tabla junto a la presencia o no de cada tema principal en los diferentes estudios, véase **figura 4**.

Cabe destacar que para la valoración del nivel de evidencia y el grado de recomendación de los estudios cualitativos se utilizaron también las herramientas proporcionadas por JBI. Pese a que estas no son las más indicadas para valorar este tipo de estudios, no se encontraron otras adecuadas para hacerlo. Es por esto por lo que es posible que se encuentren algunas discordancias entre un nivel de evidencia bajo y un grado de recomendación alto. No obstante, en algunos de estos estudios se ha decidido otorgar un grado de recomendación A debido a que queda claro que los efectos deseados superan a los indeseados, y además, se tienen altamente en cuenta los valores, las creencias y la experiencia de los pacientes.

Figura 3. Diagrama de flujo de búsqueda bibliográfica. Fuente: Elaboración propia

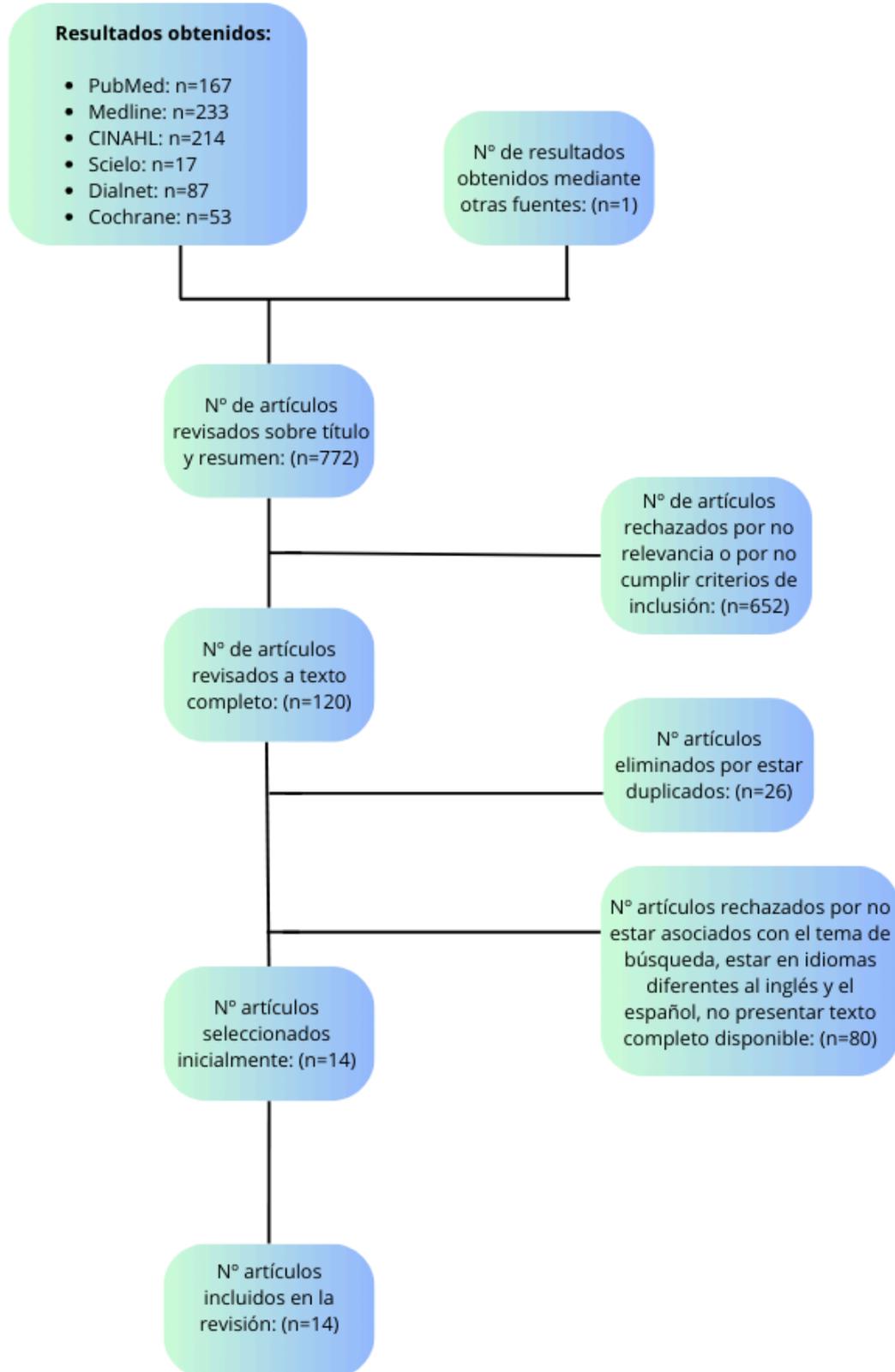


Figura 4. Tabla de lectura crítica de los artículos incluidos en la revisión. Fuente: Elaboración propia

Estudio incluido	Tipo de estudio	Lectura crítica CASPe	Joanna Briggs		Temas principales (enumerados del 1 al 5)				
			NE	GR	1	2	3	4	5
Bezerra (2024) ²³	Revisión integradora	8/10	1.b	A	X	X	X		X
Fernández (2021) ³⁶	Revisión sistemática	8/10	1.b	A					X
Camacho (2019) ²⁴	Estudio cualitativo	10/10	3	A	X				X
Salgado (2021) ³⁰	Estudio mixto	8/10	2.d	A	X			X	X
Mota (2023) ³⁴	Revisión de alcance	7/10	1.b	A			X		
Obst (2020) ³⁴	Revisión sistemática	9/10	1.b	A			X		
Ramírez (2019) ³²	Estudio cualitativo	8/10	3	B	X				
Farrales (2020) ²⁵	Investigación participativa cualitativa	9/10	3	A	X	X		X	X
Endo (2024) ²⁷	Análisis cualitativo narrativo	8/10	3	B	X	X			
Persson (2023) ²⁶	Revisión sistemática	9/10	1.b	A	X	X			X
Fernández (2012) ²⁹	Revisión sistemática	7/10	1.b	B	X		X		X
Jiménez (2021) ³¹	Revisión bibliográfica	7/10	3.b	B	X			X	X
Ávila (2020) ²⁸	Estudio cualitativo	10/10	3	A	X	X	X	X	X
Cabezas (2022) ³³	Revisión bibliográfica	8/10	3.b	B		X			X

*Temas principales:

1.Reconocimiento de la identidad del bebé fallecido como ser único e irremplazable.

2.La legitimación del duelo y el reconocimiento de la identidad de los progenitores como padres.

3.Expectativas del rol masculino y las necesidades de los padres durante el proceso de duelo.
4.La necesidad de la continuidad de cuidados.
5.Aspectos importantes en el cuidado profesional.

3. Resultados

4.1. Descripción de los resultados de la búsqueda

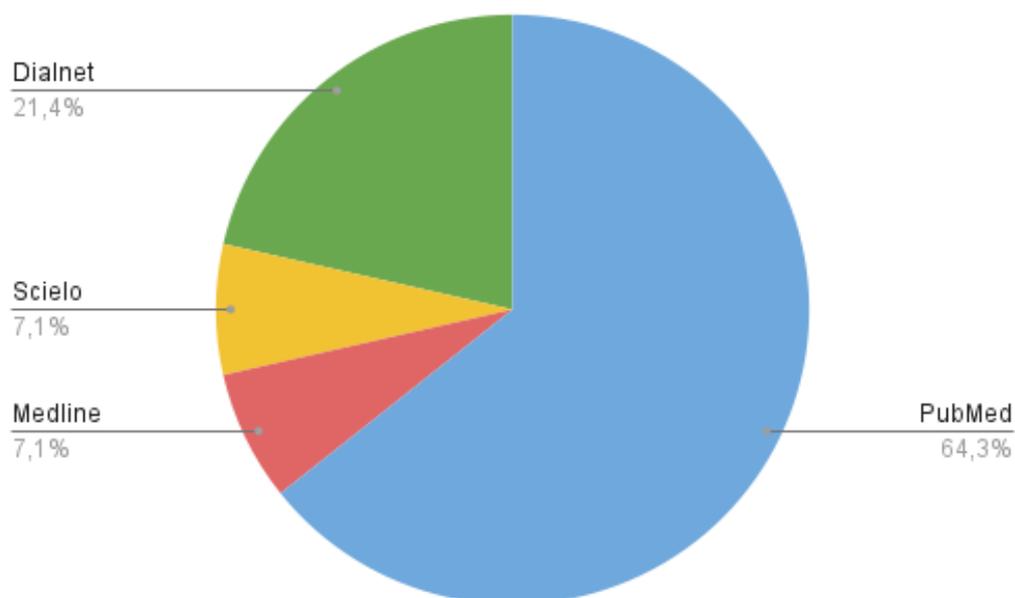
Tras la obtención de los diversos resultados después de aplicar las estrategias de búsqueda correspondientes se procede a la extracción y codificación de los datos junto al análisis de los resultados obtenidos.

En primer lugar, se realiza un cribado con la lectura del título y resumen, de esta manera se descartarán artículos que no presenten relación con el tema de estudio o que no cumplan con alguno de los criterios de inclusión detallados anteriormente. De esta manera de 772 artículos reclutados en un principio, nos quedamos con 120.

Una vez se han seleccionado los 120 artículos como he mencionado anteriormente, se comenzará a leerlos a texto completos, con el fin de asegurar que incluimos estudios que aporten evidencia científica al trabajo así como que cumplan con los criterios de inclusión respondiendo total o parcialmente la pregunta de investigación.

Finalmente, se incluyeron a la revisión un total de 16 artículos de los cuales un 64.3% corresponden a PubMed, un 21.4% a Dialnet, un 7.1% a Scielo y un 7.1% a Medline, tal y como podemos observar en el gráfico detallado a continuación:

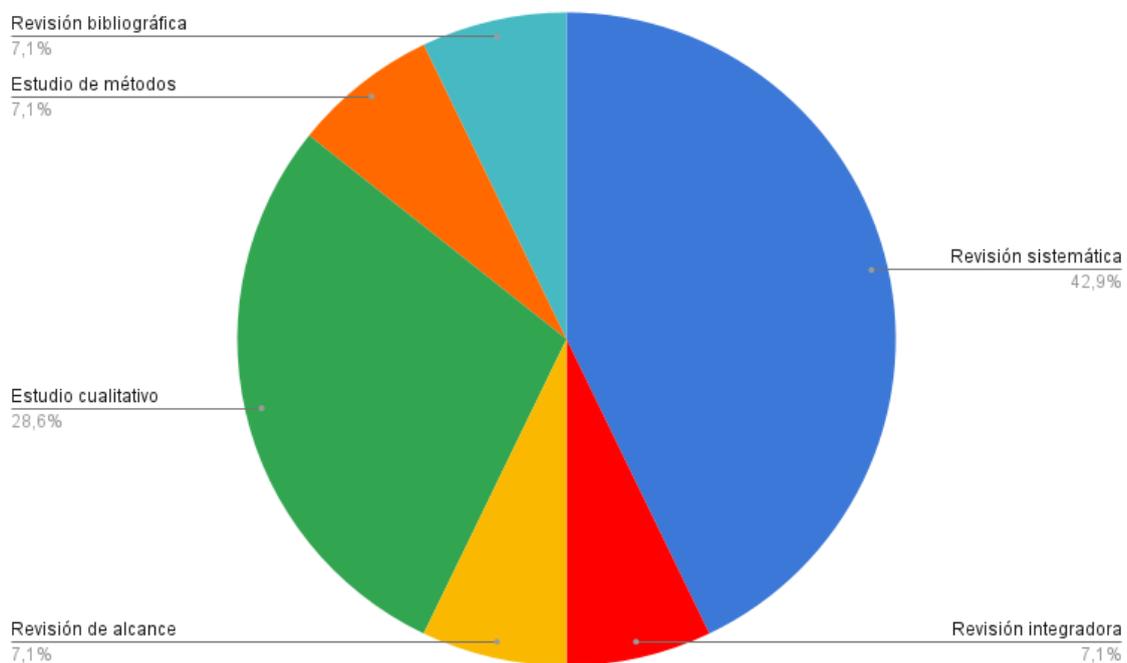
Figura 5. Gráfico de proporción de resultados de búsqueda según las bases de datos.
Fuente: Elaboración propia.



4.2. Descripción de las características de los estudios incluidos

Por otro lado, se detalla el tipo de estudio que es cada artículo que se ha incluido en la selección. Se encuentran una gran variedad pero destacan principalmente las revisiones sistemáticas con un 42.9% y los estudios cualitativos con un 28.6%, asimismo se encuentra una revisión integradora, una revisión del alcance, una revisión bibliográfica y un estudio de métodos, cada uno con un 7.1%, como podemos ver a continuación en la **figura 6**.

Figura 6. Gráfico de proporción de resultados de búsqueda según los tipos de estudio.
Fuente: Elaboración propia.



4.3. Resultados del análisis de los datos extraídos

Tras analizar la información obtenida de los artículos seleccionados se han encontrado 5 temas principales: reconocimiento de la identidad del bebé fallecido como ser único e irremplazable, la legitimación del duelo y el reconocimiento de la identidad de los progenitores como padres, expectativas del rol masculino y las necesidades de los padres durante el proceso de duelo, la necesidad de la continuidad de cuidados y por último, aspectos importantes en el cuidado profesional. Y un subtema incluido dentro del primer tema principal: establecer relaciones emocionales con el bebé fallecido a través de la creación de recuerdos positivos.

4. Discusión

5.1. Reconocimiento de la identidad del bebé fallecido como ser único e irremplazable:

La pérdida de un hijo puede considerarse uno de los acontecimientos más devastadores e involucra tres momentos diferentes: el pasado, donde se idealizó el sueño; desilusión y tristeza, que parecen interminables por el momento presente; y duda sobre el futuro.²³ Los padres tienen la necesidad de darle a su bebé fallecido una identidad como miembro de la familia.²⁴

Hacer un esfuerzo por parte de los profesionales por interactuar con el bebé que murió, como con cualquier bebé vivo, cuidándolo y refiriéndose a él como una persona es un ejemplo de reconocimiento que los padres destacaron.^{25,26} Asimismo, según los padres, términos como “feto”, “producto de la concepción”, “aborto espontáneo” e incluso “nacimiento fetal” suenan deshumanizantes, distanciadores y despersonalizantes, mientras que usar el nombre del bebé es una forma de reconocimiento muy necesaria y establece una relación única entre el bebé y sus padres. También se resalta el reconocimiento de la belleza física del bebé por parte de los profesionales sanitarios, esto es importante para mitigar los temores de los padres acerca de ver o no el cuerpo del bebé.²⁵ *“Hablaban de él como si hablaran de cualquiera de los bebés. Incluso le pusieron un pañal”.*²⁶

Los estudios muestran que, en muchos casos, pese a que familiares y amigos también sienten la pérdida, estos en muchas ocasiones silencian a los progenitores, ya que esperan que tanto la madre como el padre aceleren el procesamiento de su duelo.²³

Estas personas comentan que pronto, la madre puede volver a quedar embarazada, por ejemplo, en un intento de reemplazar al hijo perdido, o que son jóvenes y pueden tener tantos hijos como quieran. En estas situaciones se produce una desvalidación y silenciamiento del proceso de pérdida y duelo.²³

La existencia de otras personas que reconozcan el hecho de que efectivamente la mujer había estado embarazada y el niño estaba vivo en el útero es un factor importante para el apoyo espiritual.²⁷

En la **figura 4** se puede observar como este tema está presente en casi todos los artículos incluidos en esta revisión, por lo que se puede deducir, que es un aspecto muy importante a

valorar y tener en cuenta en la práctica asistencial, puesto que las intervenciones y cuidados relatados anteriormente podrían beneficiar a los padres en su proceso de duelo. Además, el 60% de los estudios que incluyen este tema presentan un grado de recomendación A.

5.1.1 . Establecer relaciones emocionales con el bebé fallecido a través de la creación de recuerdos positivos:

Los padres valoran el esfuerzo de los profesionales de la salud para ayudarles a despedirse del bebé: permitiendo el contacto físico, manteniendo la pinza del cordón umbilical, la ropa, huellas de pies/manos del bebé... En cambio, algunos padres se angustian porque determinados sanitarios no les ofrecen la posibilidad de guardar algunos recuerdos y les recomiendan no ver al bebé. No tener tiempo para decir adiós conlleva sufrimiento.²⁴

La evidencia y las recomendaciones de los organismos internacionales recomiendan que los padres decidan si quieren realizar algunas prácticas propuestas ante la muerte perinatal. Pero los profesionales que atienden las mujeres y a su familia tienen que proponerlo, desde el respeto, y dando toda la información necesaria de la forma más objetiva.²⁸

Hoy en día se encuentra con frecuencia la creación de cajas de recuerdos que permitan tener un contacto simbólico con el bebé. Para ello se crea una caja donde el personal sanitario incluye fotografías, huellas dactilares, el cordón umbilical, pulseras del hospital, mechones de pelo, certificados de nacimiento, ropa, certificados de bautismo... que es entregada a los padres. Estas recomendaciones se centran en un nuevo modelo de intervención, en el que en lugar de dejar pasar el tiempo, el objetivo sería establecer relaciones emocionales con ese niño que ya se ha ido, reconociendo de esta manera su lugar dentro de la familia. Además, parece ser que tener recuerdos del niño en sus últimos momentos es un aspecto importante, independientemente de la edad con la que haya fallecido.^{28,29,30} Si los padres no quieren llevarse esos recuerdos en el momento de la pérdida, conviene guardarlos siempre que se pueda. Ya que en ocasiones, después de semanas o meses, algunos padres vuelven a buscar esos recuerdos del hijo que perdieron.³¹

Además, se sabe que los padres identifican consistentemente las fotografías como un medio esencial para validar su experiencia, incluida la validación de la existencia de su bebé, su identidad como padres y el lugar de su hijo en la unidad familiar. Las fotografías pueden haber sido el único medio disponible para los padres para autenticar la realidad de la existencia de su bebé. *“Él estuvo aquí, y las fotografías lo celebran, eso no se lo puede*

quitar. Aunque él no esté aquí, no se puede quitar eso, que él estuvo aquí, que era parte de nuestra familia y que era un niño hermoso.” ³²

Participantes de un estudio realizado en Estados Unidos acerca de la fotografía en el contexto de pérdida perinatal, destacaron las formas en que las fotos crearon un registro permanente y tangible, capturaron momentos y pequeños detalles irremplazables, aliviaron el miedo al olvido y crearon un legado familiar. La permanencia de las fotografías proporciona a los padres la seguridad de que el recuerdo de su hijo existirá mucho más allá de su breve existencia. *“Esta era la única manera, no teníamos otra opción... Era esto o confiar en nuestra memoria, y creo que ambos sentimos que queríamos algo más permanente que solo nuestro recuerdo de él.”* ³²

Los hallazgos sugieren que las fotografías pueden ayudar a los padres que han sufrido una pérdida perinatal en la validación de la existencia del bebé, la facilitación de la expresión del duelo, la provisión de un marco para el apoyo social y la asistencia en la creación de recuerdos. Sin embargo, no se puede asumir que las fotografías benefician a todas las familias; por ejemplo, algunas culturas no permiten la fotografía post mortem y es posible que algunos padres no se sientan cómodos con esta práctica. Las necesidades de duelo de cada familia varían enormemente y deben ser apoyadas de manera personalizada y centrada en los dolientes.³²

Los recuerdos también se fortalecen cuando los padres pueden cuidar a sus bebés todo el tiempo que quieran. Se sugiere ofrecer a los padres la opción de ver, coger en brazos y tocar al bebé siempre que ellos lo deseen. Los profesionales de la salud podrían iniciar y apoyar la creación de esta memoria para los padres y permitir y fortalecer la relación de los padres con el bebé, esto ayudará a reforzar los lazos de apego y ayuda a los padres a crear recuerdos sólidos del niño.^{26,29} Los efectos de esta práctica son beneficiosos tanto a corto como a largo plazo en la elaboración del proceso del duelo.²⁸ Estos padres sufren menos estrés postraumático que aquellos que no han visto a su bebé.²⁴

No obstante, el shock que esto provoca y la decisión de no ver al bebé para cortar el apego pueden evitar un mayor sufrimiento, ya que esto puede causar una ansiedad considerable. Lamentablemente, no se ha encontrado estudio alguno que haya realizado investigaciones experimentales para comprobar la eficacia de estas medidas de afrontamiento, por lo que de momento sólo podemos guiarnos por las opiniones de los padres a través de entrevistas.²⁴

Es por esto por lo que si los padres tienen dudas acerca de esta cuestión, se debe dar tiempo para pensarlo. Respetar los deseos individuales en caso de que no deseen verlo o cogerlo. Asimismo, es aconsejable que se le explique a la familia cómo será la apariencia de su bebé y prepararlos para el momento del encuentro. Algunos estudios señalan que no verlo puede incrementar levemente el riesgo de estrés postraumático.³¹

Además, la literatura existente apunta que cuando los padres, en un primer momento, no quieran ver al bebé por miedo o aprensión, no deben de ser forzados, pero sí es importante reevaluar esta práctica algunas horas más tarde.²⁸

Los estudios muestran que la mayoría de los padres se alegran de haber visto a sus hijos, y que a un gran porcentaje le hubiera gustado poder disponer de más tiempo.²⁹

Por lo tanto, tales creaciones de recuerdos del bebé podrían facilitar el proceso de duelo, ya que los recuerdos confirman que es una persona única, un bebé, quien está siendo llorado.²⁶

Por otro lado, en cuanto a los rituales post mortem, las madres y los padres participantes coincidieron en la necesidad de que cada grupo de padres pueda actuar de acuerdo con sus creencias. Estos rituales, además de elegir un lugar de descanso final, pueden ayudar a los padres a establecer una conexión duradera con sus bebés y a honrar su existencia. Es importante que todos los padres decidan cómo proceder con el cadáver según sus creencias y necesidades.^{24,26}

El respeto por parte de los profesionales acerca de las decisiones, creencias y cultura de cada familia es lo más destacable de este subtema. Si bien, parece que a la mayoría de padres les beneficia el contacto y apego con su bebé a través de la creación de recuerdos, se deben individualizar los cuidados, proporcionando la información necesaria para que estos pacientes puedan tomar las decisiones que crean más convenientes para sí mismos.

5.2. La legitimación del duelo y el reconocimiento de la identidad de los progenitores como padres:

El duelo es un evento que requiere adaptación a la pérdida, y cuando este camino no se valora, no se legitima o deja vacíos, se vuelve aún más difícil de transitar. Así, implica un proceso cognitivo que incluye el afrontamiento, la reestructuración de los sentimientos y de la experiencia de pérdida, y cambios en la vida cotidiana debido a la muerte del niño.²³

El proceso de duelo es vivido por todos los involucrados y trasciende el espacio personal de cada uno, afectando el ambiente laboral y social. El impacto de la muerte fetal se refleja en las dimensiones emocional, física y psicológica de la pareja y de cada miembro de la familia. La construcción de esta familia, llena de sueños, se interrumpe y los sentimientos tras el duelo a menudo quedan velados por la comunicación tácita y el silencio. Esto persiste en las familias en duelo y está asociado con la forma en que se vive y representa la pérdida fetal en la sociedad, lo que lleva a una deslegitimación de este duelo.²³

El silencio que rodea a la muerte fetal y neonatal se identifica como una de las partes más difíciles del duelo. Los padres sienten que no pueden expresar sus emociones o recordar a su hijo en público, porque el resto de la sociedad no reconoce su pérdida ni entiende sus necesidades. Es dificultoso para la sociedad hacer real la existencia de un niño que no han conocido. Las personas del entorno social piensan que el duelo tras una muerte fetal en el útero, el nacimiento o el fallecimiento pocos días después de haber nacido es menos doloroso para los padres. Toda esta situación conduce a los padres hacia un profundo sentimiento de soledad y aislamiento. *"La sociedad no lo entiende, mide el dolor por el tamaño del ataúd y tienes que escuchar algunas frases como: 'No pasa nada, ya tendrás más hijos'... era mi hija y no va a volver y la he perdido yo..."* Esta falta de comprensión, tanto por parte de la sociedad como por parte de las enfermeras, lo convierte en un "duelo desautorizado".^{28,33}

Se considera que cada familia tiene su ritual de duelo, y la importancia de respetar las creencias individuales ayuda a elaborar y legitimar el duelo vivido. El duelo resultante de la pérdida fetal difiere del duelo que ocurre con otras muertes y presenta un mayor riesgo de complicaciones.²³

Comprender cómo se produce este proceso es crucial porque es importante reconocer el vínculo que existe entre los padres y el niño. El duelo puede funcionar como un desestabilizador emocional de una persona, ya que la sociedad no está ética y adecuadamente preparada para afrontar el sentimiento de pérdida, especialmente cuando existe un vínculo emocional con el difunto.²³ Esta situación supone un trauma para algunos padres y parte de este trauma podría mitigarse simplemente reconociéndolo.²⁵

La presencia de personas que reconozcan a las mujeres como madres, parece que facilita la adaptación a la pérdida.²⁷ Este reconocimiento del bebé y de la maternidad/paternidad, permite la validación de su profundo dolor.²⁵ *"Mientras aún estaba en el hospital, nadie del personal sanitario se refirió a mí como "madre" nunca. Sólo en una ocasión, el hombre de la*

morgue. Cuando me trataron de esa manera, me sentí feliz porque sentí que yo merecía pensar en mí como madre.”²⁷

Su bebé nació, y el bebé estaba muerto, pero todavía son padres y tuvieron una pérdida personificada y un dolor asociado con su bebé fallecido. Su paternidad con el bebé muerto es para toda la vida, pero invisible.²⁶

En este tema, las enfermeras tienen una gran responsabilidad e impacto. La muerte es un tema difícil de abordar para aquellos profesionales que no han sido formados. Sin esta formación, proporcionar cuidados a los padres que han sido sometidos a ella puede convertirse en todo un reto. Seguir además las recomendaciones de la evidencia disponible puede aliviar el dolor y facilitar el proceso de duelo.

El 67% de los estudios que nos hablan de este tema presentan un grado de recomendación A, por lo que nos sugiere una alta recomendación de las actividades propuestas. **(Figura 4)**

5.3. Expectativas del rol masculino y las necesidades de los padres durante el proceso de duelo:

Cuando la muerte perinatal tiene lugar, los hombres generalmente se sienten marginados y mal informados puesto que tradicionalmente han sido relegados por la sociedad y los profesionales a un papel secundario en lo relacionado con los hijos. Además, están culturalmente reconocidos como el pilar o sostén de la mujer y la familia, por lo que relatan la necesidad de que alguien les pregunte por su estado o un hombro donde llorar, ya que, perciben una atención centrada exclusivamente en la madre.^{23,28,29}

Respecto al proceso de duelo perinatal, existen estudios que indican que la mayoría de los hombres viven su duelo de forma enmascarada porque sienten que deben desempeñar un papel de fuerza, comprensión y apoyo hacia su pareja, lo que les impide expresar sus propios sentimientos de dolor o recibir el apoyo psicosocial necesario.^{23,29,34}

Esta invisibilidad del duelo en el hombre puede deberse a que en el embarazo la madre tiene una conexión física, mientras que en el hombre es solo mental. No obstante, se ha demostrado que la muerte perinatal sí tiene repercusiones en la figura masculina.²⁸

Algunas reacciones reportadas con frecuencia en los hombres tras enterarse del fallecimiento de su hijo incluyeron conmoción causada por la noticia inesperada; dolor

causado por la pérdida; sentimientos de tristeza, impotencia y desesperanza; y una sensación de vacío. La mayoría de los padres estuvieron de acuerdo en que se sentían obligados a reprimir y controlar estos sentimientos para poder cumplir con las expectativas sociales que tenían como hombres. La necesidad de apoyar explícitamente a su pareja surgió de la percepción de que ella tenía una reacción de duelo más intensa en comparación con ellos.^{34, 35}

Según algunos estudios, la expectativa de ocultar sus emociones también significa que el impacto de la pérdida en estos hombres frecuentemente se oculte a familiares, amigos y profesionales de la salud. Esto conduce a una falta generalizada de reconocimiento de su duelo y a una mayor sensación de privación de derechos, por encima de la que ya existe para el duelo después de un embarazo o pérdida neonatal en general.³⁵

Estas expectativas tienen un impacto negativo directo en su proceso de duelo, ya que se sienten impedidos de mostrar sus emociones frente a los demás, buscar apoyo y/o superar su duelo.³⁵

En cuanto a las necesidades de los hombres ante la muerte de sus hijos encontramos:

- La necesidad de ser reconocidos como padres, incluso si la muerte del bebé les impide desempeñar las funciones socialmente asignadas al rol paterno.³⁴
- La atención que reciben por parte de los profesionales de la salud que atienden a sus parejas. Los padres se sienten insatisfechos con los profesionales sanitarios porque perciben que toda la atención está centrada en la mujer, minimizando así su propio dolor. Refieren sentirse “fuera de lugar”, “marginados” y, a veces, como si “apenas existieran”.^{34,35}

En general, los padres entrevistados en diversos estudios calificaron consistentemente como insatisfactoria la atención y cuidado que recibieron de los profesionales de la salud.³⁴

Se recalca con un grado de recomendación A, (**figura 4**) la importancia de fomentar que el padre exprese sus sentimientos y emociones, reconocerlo como padre y como persona que también está sufriendo esa pérdida y atravesando ese duelo, y no solo como un apoyo de la mujer. Por lo tanto, la atención de las enfermeras se debe centrar en ambos progenitores, haciéndolos partícipes de su proceso.

No obstante solo un 36% de de los estudios hallados, tratan este aspecto por lo que este área de estudio tiene mucho margen de mejora y lo identificamos como ámbito de investigación futura.

5.4. La necesidad de la continuidad de cuidados:

La presencia de apoyo especializado en varios sistemas después del alta hospitalaria representa otra forma de reconocimiento del bebé, de su paternidad y la amplitud y profundidad de su dolor.²⁵

Los padres ponen de manifiesto la ausencia de cuidados tras el fallecimiento y el alta hospitalaria. Se sienten abandonados, marginados, desprotegidos y no saben qué esperar durante el periodo postnatal. La evitación del duelo y la ausencia de cuidados durante esta etapa, hacen pensar a los padres que deben sobreponerse rápidamente a la pérdida y continuar con sus vidas. *"Cuando sales del hospital los profesionales sanitarios se desentienden y no percibes ese apoyo o cuidado que tienes en un primer momento. Estábamos muy dolidos, perdidos y necesitábamos una guía..."*²⁸

Las madres y padres demandan varios tipos de ayuda que van desde llamadas telefónicas de seguimiento, asesoramiento sanitario, grupos de apoyo, asesoramiento y conexión con otras familias en duelo. No obstante los progenitores no suelen recibir información sobre sus derechos, posibles reacciones, necesidades y probables recursos de afrontamiento como libros, recursos online o grupos de apoyo. Además, algunos destacan las deficiencias y la falta de habilidades especializadas en entornos individuales y grupales para satisfacer sus necesidades. *"Tienes bebés muertos, diez minutos con un trabajador social y una llamada al día siguiente. Sí. Estoy bien."*^{25,28}

Asimismo, las madres y padres manifiestan la ausencia de asistencia psicológica durante la hospitalización y fallecimiento de sus hijos. Por ello, demandan mayor coordinación hospitalaria y la disminución de los tiempos de espera, ya que el retraso en recibir dicha asistencia agrava la sintomatología asociada al duelo.²⁸

Los protocolos de atención deben de incluir un seguimiento por parte de los profesionales, tanto por el/la ginecólogo/a para recoger resultados de autopsia y para aclarar cualquier duda o demanda de información, como un seguimiento por su matrona, la enfermera de familia y psicólogo/a de atención primaria, brindando el apoyo emocional y una continuidad de cuidados que repercuta de forma positiva en madres y padres.^{28,30}

Marcella-Brienza y Mennillo junto a Elder y Burke, recomiendan ofrecer información acerca de grupos de apoyo, tanto en línea como presencial, que faciliten a la pareja la reincorporación a la sociedad después de este duro proceso y les ayude a aprender estrategias de afrontamiento, favoreciendo la expresión de sentimientos en un entorno donde sean aceptados y donde todos compartan una misma experiencia.^{39,40} Algunas de las asociaciones que apoyan a los padres en estas situaciones son Umamanita que ofrece charlas informativas tanto a profesionales como a familias interesadas; el Hueco de mi Vientre a nivel nacional,³¹ Asociación Pulseras Blancas y Cometa Asociación en las islas de Gran Canaria y Tenerife respectivamente.

Esta intervención se encuentra también entre las recomendaciones basadas en la evidencia del Manual de Diagnósticos de Enfermería de Ackley y Ladwig.³⁷ Lo que aporta mayor grado de evidencia en ambos sentidos.

La continuidad de cuidados no es un aspecto muy estudiado según las necesidades de las madres y padres tras la muerte perinatal y consideramos que requiere más estudios que permitan acumular mayor evidencia al respecto. No obstante, el 75% de los trabajos encontrados gozan de un grado de recomendación A.

5.5. Aspectos importantes en el cuidado profesional:

Cuidados de enfermería específicos prescritos a las familias que experimentan muerte fetal y neonatal permiten facilitar el duelo. Los servicios de salud deben adaptarse y brindar un espacio para abrazar activamente las emociones y sentimientos de estos padres para que puedan encontrar significado a esta ausencia. Se debe emplear la comunicación terapéutica, utilizando sus conocimientos y habilidades para ayudar a enfrentar los desafíos de los pacientes, ya que los estudios han demostrado que los padres en duelo experimentan un dolor emocional más evidente después de la pérdida perinatal cuando los profesionales de la salud no pueden brindar una atención adecuada al duelo.²³ La soledad, la falta de empatía y de información profundizaron el sentimiento de dolor por la muerte del bebé.²⁴

Un cuidado físico y emocional sensible y comprensivo facilitó el afrontamiento de esta situación. Que la enfermera se centre en aspectos clínicos del fallecimiento únicamente, aumenta el estrés y la impotencia de los progenitores quienes se benefician mayormente de una atención más enfocada a los aspectos emocionales. *"Los profesionales sanitarios que me atendieron me mimaron mucho, me informaron de todo a cada paso, durante toda la*

*noche me trataron de diez...En ese momento no te das cuenta... pero después lo agradeces..."*²⁸

Se observó que los servicios con aspectos organizativos, como dotación de personal, preparación de equipos profesionales adecuados y habitaciones dedicadas para pérdidas perinatales brindan una atención integral e individualizada, y que hacer que padres que han perdido un bebé compartan la misma habitación del hospital con otros padres que han dado a luz a un bebé sano aumenta el sufrimiento, por lo que se debe fomentar su intimidad.^{23,24,29,30} El entorno debe ser lo más confortable posible proporcionando a los padres seguridad y confianza, alejado de ruidos y posibles interferencias, intentando reducir el nivel de luz y ruido suspendiendo las alarmas de monitores y resto de aparatos, sin la presencia de restricciones horarias y proporcionando libertad a la familia para ejercer sus ritos culturales o religiosos.³¹

Además, destaca la importancia de que los padres y madres tengan voz en la toma de decisiones.³⁶ Estudios señalan que los padres muestran menos enojo e irritabilidad, así como menos problemas para dormir, pérdida de apetito, lloros o depresión cuando se les involucra en la toma de decisiones sobre el futuro del niño.²⁹ Los padres que recibieron una información adecuada durante el proceso percibieron que tenían un mayor control de la situación.^{28,33}

Por otro lado, es fundamental crear un vínculo con los padres y facilitar la comunicación entre los profesionales de la salud y el paciente para conocer sus necesidades.³⁶ Ser atendidos por el mismo personal durante todo el proceso significó seguridad para los padres, puesto que eran atendidos por personas que conocían su situación y con las que podían crear una relación.²⁶ Se recomienda una actitud empática y respetuosa, que permita a los padres tomar sus propias decisiones y ayudarles en la búsqueda de soporte social.²⁹ De igual manera, se debería fomentar la comunicación no verbal y utilizar un lenguaje sencillo con mensajes claros y concisos evitando tecnicismos.³¹

Estas actividades están respaldadas por la NIC "Facilitar el duelo" como son: Desarrollar una relación de confianza para poder atender a estos pacientes afligidos (Glenn, 2015) así como fomentar el uso de técnicas de afrontamiento positivas como por ejemplo pasatiempos y actividad física (Granek et al., 2016).³⁷

También se recomienda permitir a los padres hablar de su hijo cuando lo necesiten asegurándoles que hicieron todo lo que estuvo en sus manos y que recibió el mejor cuidado posible.³¹

Las familias reclaman un lenguaje más apropiado cuando en los asuntos de administración y documentos se refieren a sus hijos fallecidos. La denominación feto la consideran peyorativa, leer esa palabra en los informes les provoca dolor y sufrimiento.²⁸

Asimismo, se sugiere proporcionar información escrita sobre los servicios funerarios y los trámites que se deben realizar en la oficina de registro civil en caso de que así proceda.³⁰

Por otro lado, se debe ofrecer información sobre cómo afrontar la producción de leche materna, por lo que si la madre estuviera en proceso de lactancia, existen cuatro posibilidades que deben ser ofertadas con tacto, cuidado y apoyándola finalmente en su decisión: inhibición farmacológica, inhibición fisiológica, lactancia a hermanos mayores o donación de leche materna.^{30,31,33}

En algunos servicios se colocan adhesivos especiales como la mariposa azul o morada, tanto en el tablón de anuncios como en la puerta de la habitación de las madres en duelo, para que el personal esté al tanto de su condición. Esta es otra de las prácticas recomendadas.^{30,33}

Finalmente habrá que valorar la influencia de las creencias, las normas y los valores culturales sobre las prácticas de duelo y luto del paciente, siguiendo las intervenciones recomendadas relacionadas con el NIC mencionado anteriormente.³⁷

Por lo tanto, como aspecto a destacar se debe respetar la singularidad de cada familia, reconocer su cultura única y abrazar y comprender su dolor.^{25,36}

La importancia del cuidado profesional aparece en diez de los catorce estudios incluidos, 7 de los cuales presentan un grado de recomendación A. No obstante, el nivel de evidencia de más de la mitad está entre 2.d y 3.b, al tratarse principalmente de estudios cualitativos. Sin embargo, estos estudios son muy valiosos puesto que han abierto el camino para ahondar en la investigación con diseños del tipo de ensayos clínicos aleatorizados que enriquezcan la evidencia disponible.

5. Conclusión

La principal conclusión obtenida tras finalizar esta revisión es la necesidad de una guía o protocolo con recomendaciones y pautas a seguir para poder ofrecer unos cuidados basados en la evidencia, que tengan en cuenta el respeto y la empatía, las características individuales de cada familia y el establecimiento de una relación de confianza para así, poder ofrecer los cuidados necesarios en función de las necesidades de cada progenitor.

Además, se ha destacado la importancia que tienen los cuidados ofrecidos por parte de la enfermera en la evolución del duelo de las madres y padres. Cómo han sido tratados durante su estancia en el hospital y qué cuidados han recibido, marcan una diferencia en cómo los padres afrontarán este suceso traumático. Asimismo, se resalta la importancia de un seguimiento tras el alta hospitalaria, puesto que muchos progenitores refieren sentirse solos, desinformados y abandonados en el momento de volver a sus casas.

Las enfermeras que trabajan en el ámbito obstétrico deben familiarizarse con herramientas que les ayuden a afrontar estas situaciones vitales de sus pacientes, tanto para poder ofrecer cuidados de calidad orientados en las características idiosincrásicas de cada persona, como para poder hacer frente a estas circunstancias de manera personal y emocional. No hay que pasar por alto el impacto que estos sucesos pueden producir en las enfermeras en términos de sentimientos de frustración, impotencia y tristeza.

El campo de investigación acerca de los cuidados que necesitan los padres en la muerte y el duelo perinatal a nivel nacional e internacional sigue siendo muy amplio e inexplorado. Sin embargo, y pese a que la necesidad de protocolos y guías a nivel institucional es evidente, no podemos pasar por alto la responsabilidad personal que cada profesional sanitario debe tomar en cuanto a la formación en este ámbito.

Por otro lado, tras relatar y discutir las características de cada tema hallado en la revisión realizada, se ha podido observar que la mayoría de las intervenciones que se han recomendado en este trabajo, al haber sido halladas en los diferentes artículos científicos, se encuentran incluidas también en las actividades recomendadas en el NIC “Facilitar el duelo: muerte perinatal” ³⁸ (**véase anexo 5**), con lo cual, desde nuestro punto de vista este trabajo aporta evidencia a dichas intervenciones sugeridas tanto en la NIC como en el Manual de Diagnósticos de Enfermería de Ackley y Ladwig. Es imperativo que estas

intervenciones sean prescritas atendiendo al respeto de las creencias, necesidades y situación de cada familia.

6. Recomendaciones a la práctica

A continuación, se sintetizan las diferentes actividades e intervenciones que se recomiendan ofrecer como cuidados de enfermería a aquellas madres y padres que han sufrido una pérdida perinatal y se encuentran en el ámbito hospitalario.

- Referirse al bebé por su nombre y evitar términos como “feto”, “aborto” o “producto de la concepción”.
- Fomentar la participación de los padres en la toma de decisiones.
- Comentar las decisiones que deberán tomarse acerca de las disposiciones del funeral, autopsia, consejo genético y participación familiar.
- Proporcionar información escrita acerca de asociaciones y grupos de apoyo.
- Asesorar acerca de la lactogénesis y dar información en cuanto a las opciones disponibles, respetando siempre su decisión.
- Preparar al bebé para que sea visto, bañándolo y vistiéndolo, incluyendo a los padres en estas actividades, según corresponda.
- Animar a la familia para que esté tiempo a solas con el bebé si es que así lo desea.
- Crear una caja de recuerdos con diferentes memorias del bebé como por ejemplo: fotos, huellas de manos y pies, pinza del cordón umbilical, impresión de placenta, ropa, gorritos, mantas, pulsera del hospital, certificado de nacimiento, mechones de pelo...
- Ofrecer completar un certificado de nacimiento conmemorativo si la ley estatal no requiere uno a la edad gestacional del parto.
- Comentar las características del duelo normal y patológico, incluidos los factores desencadenantes que precipitan sentimientos de tristeza.
- Valorar la influencia de las creencias, las normas y los valores culturales sobre las prácticas de duelo y luto del paciente.
- Colocar una pegatina de una mariposa morada/azul en los paritorios o habitaciones donde se encuentra la familia que acaba de perder a su bebé con el objetivo de que tanto el personal sanitario como otras visitas, cuiden y respeten el ambiente.

- Proporcionar información escrita acerca de los servicios funerarios y los trámites administrativos que se deben llevar a cabo.
- Permitir y animar a que tanto las madres como los padres hablen de sus hijos y de sus sentimientos y emociones.
- Intentar en la medida de lo posible que los progenitores sean atendidos por el mismo personal ya que esto genera seguridad y confianza.
- Establecer una relación de confianza, respeto y empatía con los padres.
- Fomentar la comunicación no verbal y evitar el uso de tecnicismos.
- Dedicar una habitación individual para los padres que están pasando por una pérdida perinatal, alejados de otros padres con bebés sanos y ruidos ambientales.
- Reconocer la identidad de los progenitores como padres y madres.
- No centrar la atención exclusivamente en la madre. Dirigirse a ambos padres a la hora de proporcionar información, establecer una relación terapéutica, en la toma de decisiones...

Figura 7. Tabla con recomendaciones a la práctica diferenciadas en relación a: los padres, los bebés, el entorno, la información y los cuidados generales. Fuente: Elaboración propia.

Recomendaciones a la práctica	
En relación a los bebés	En relación a los padres
Referirse al bebé por su nombre y evitar términos técnicos.	Fomentar la participación de los padres en la toma de decisiones.
Preparar al bebé para que sea visto involucrando a los padres.	Asesorar acerca de la lactogénesis
Animar a la familia para que esté tiempo a solas con el bebé, si así lo desean.	Reconocer la identidad de los progenitores como padres y madres.
Crear una caja de recuerdos con diferentes memorias del bebé.	Permitir y animar a que tanto las madres como los padres hablen de sus hijos y de sus sentimientos y emociones.
Ofrecer completar un certificado de nacimiento conmemorativo.	No centrar la atención exclusivamente en la madre.

Recomendaciones a la práctica
Información a proporcionar
Servicios funerarios y los trámites administrativos que se deben llevar a cabo.
Acerca de asociaciones y grupos de apoyo.
Entorno
Colocación de pegatina de una mariposa morada en los paritorios o habitaciones donde se encuentra la familia.
Dedicar una habitación individual para los padres que están pasando por una pérdida perinatal.
Cuidados generales
Comentar las características del duelo normal y patológico.
Valorar la influencia de las creencias, las normas y los valores culturales sobre las prácticas de duelo y luto del paciente.
Intentar en la medida de lo posible que los progenitores sean atendidos por el mismo personal.
Establecer una relación de confianza, respeto y empatía.

7. Bibliografía

1. Para que cada bebé cuente: auditoría y examen de las muertes prenatales y neonatales [Making every baby count: audit and review of stillbirths and neonatal deaths]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
2. Rodríguez Alvaro, Martín, García Hernández, Alfonso Miguel, & Toledo Rosell, Cristina. (2008). Hacia una visión constructivista del Duelo. *Index de Enfermería*, 17(3), 193-196. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000300009&lng=es&tlng=es.
3. Cassidy, P. R. (2018). Estadísticas y tasas de la mortalidad intrauterina, neonatal y perinatal en España. *Revista muerte y duelo perinatal*, 4, 23-34. (<http://www.umamanita.es/wp-content/uploads/2018/06/Muerte-y-Duelo-Perinatal-Numero-4.pdf#page=25>)
4. Ross, M.G., Burwick, R. M. (2023) Evaluation of Fetal Death. *Obstetric & Gynecology*. <https://emedicine.medscape.com/article/259165-overview#a1>
5. MacDorman, M. F., & Gregory, E. C. (2015). Fetal and Perinatal Mortality: United States, 2013. *National vital statistics reports : from the Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, National Vital Statistics System*, 64(8), 1–24. https://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr64/nvsr64_08.pdf
6. Disposición 3514 del BOE núm. 55 de 2010 [Internet]. España: BOE; 2010. p. 1-14. <https://www.boe.es/boe/dias/2010/03/04/pdfs/BOE-A-2010-3514.pdf><https://www.boe.es/boe/dias/2010/03/04/pdfs/BOE-A-2010-3514.pdf>
7. Muerte prenatal. (s/f). Who.int. Disponible en: <https://www.who.int/es/health-topics/stillbirth>
8. Nijkamp, J. W., Sebire, N. J., Bouman, K., Korteweg, F. J., Erwich, J. J. H. M., & Gordijn, S. J. (2017). Perinatal death investigations: What is current practice?.

Seminars in fetal & neonatal medicine, 22(3), 167–175.
<https://doi.org/10.1016/j.siny.2017.02.005>

9. Flenady, V., Koopmans, L., Middleton, P., Frøen, J. F., Smith, G. C., Gibbons, K., Coory, M., Gordon, A., Ellwood, D., McIntyre, H. D., Fretts, R., & Ezzati, M. (2011). Major risk factors for stillbirth in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet (London, England)*, 377(9774), 1331–1340.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)62233-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)62233-7)
10. Helgadóttir, L. B., Turowski, G., Skjeldestad, F. E., Jacobsen, A. F., Sandset, P. M., Roald, B., & Jacobsen, E. M. (2013). Classification of stillbirths and risk factors by cause of death--a case-control study. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 92(3), 325–333. <https://doi.org/10.1111/aogs.12044>
11. Tasa de Mortalidad Perinatal por comunidad autónoma según sexo. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1699>
12. Alligood, M. (2022). *Modelos y teorías en enfermería* (Edición 10th). Elsevier Limited (UK). <https://clinicalkeymeded.elsevier.com/books/9788413823645>
13. Rodríguez Campo, V.A., & Valenzuela Suazo, S.. (2012). Teoría de los cuidados de Swanson y sus fundamentos, una teoría de mediano rango para la enfermería profesional en Chile. *Enfermería Global*, 11(28), 316-322.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000400016&lng=es&tlng=es.
14. Lichtenthal, W. G., Currier, J. M., Neimeyer, R. A., & Keesee, N. J. (2010). Sense and significance: a mixed methods examination of meaning making after the loss of one's child. *Journal of Clinical Psychology*, 66(7), 791-812
15. Brier, N. (2008). Grief following miscarriage: a comprehensive review of the literature. *Journal of Women's Health*, 17, 451-464
16. Martos-López, I. M., Sánchez-Guisado, M. del M., & Guedes-Arbelo, C. (2016). Duelo por muerte perinatal, un duelo desautorizado = Bereavement for perinatal death, unauthorized bereavement. *REVISTA ESPAÑOLA DE COMUNICACIÓN EN SALUD*, 300-309. <https://e-revistas.uc3m.es/index.php/RECS/article/view/3454>

17. López, A. (2011). Duelo perinatal: un secreto dentro de un misterio. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(1), 53-70.
18. Fenwick, J., Jennings, B., Downie, J., Butt, J., & Okanaga, M. (2007). Providing perinatal loss care: satisfying and dissatisfying aspects for midwives. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*, 20(4), 153–160. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2007.09.002>
19. Lin, C., Liu, Y., & Chiang, H. (2021). From self-compassion to compassionate action: reflecting on ending life of stillbirth care in nursing. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 35(1), 260–267. <https://doi-org.accedys2.bbtk.ull.es/10.1111/scs.12842>
20. Calderer, A., Obregón, N., Cobo, J. V., & Goberna, J. (2018). Muerte perinatal: acompañamiento a mujeres y parejas. *Matronas Prof*, 19(3), e41-e47. <https://s3-eu-south-2.ionoscloud.com/assetsedmayo/articles/VZp6Alm1INCjCeWpNC Ajd1NbBVAeH8DN1p0BE9cR.pdf>
21. Medina-Hernández NS, Duarte-Clíments G, Lorigo-Muñoz R, Miranda-Barrero E, Sánchez-Gómez MB, Gómez-Salgado J. ¿Por qué las embarazadas no se vacunan de la gripe? Una Scoping Review. *Rev Esp Salud Pública*.2019;93: 22 de abril
22. Casado, R.D. P., & Riera, J.R. M. (2022). *Manual para la elaboración y defensa del trabajo fin de Grado en Ciencias de la Salud (Edición 2nd)*. Elsevier Limited (UK). <https://clinicalkeymeded.elsevier.com/books/9788413822105>
23. Bezerra, N. A., Santos, C. N. S. D., Silva, A. T. C. S. G. D., Linhares, F. M. P., & Morais, S. C. R. V. (2024). Nursing care for parents who have experienced fetal demise: integrative review. *Revista brasileira de enfermagem*, 77(1), e20220811. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0811>
24. Camacho-Ávila, M., Fernández-Sola, C., Jiménez-López, F. R., Granero-Molina, J., Fernández-Medina, I. M., Martínez-Artero, L., & Hernández-Padilla, J. M. (2019). Experience of parents who have suffered a perinatal death in two Spanish hospitals: a qualitative study. *BMC pregnancy and childbirth*, 19(1), 512. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2666-z>

25. Farrales, L. L., Cacciatore, J., Jonas-Simpson, C., Dharamsi, S., Ascher, J., & Klein, M. C. (2020). What bereaved parents want health care providers to know when their babies are stillborn: a community-based participatory study. *BMC psychology*, 8(1), 18. <https://doi.org/10.1186/s40359-020-0385-x>
26. Persson, M., Hildingsson, I., Hultcrantz, M., Kärrman Fredriksson, M., Peira, N., Silverstein, R. A., Sveen, J., & Berterö, C. (2023). Care and support when a baby is stillborn: A systematic review and an interpretive meta-synthesis of qualitative studies in high-income countries. *PloS One*, 18(8), e0289617. <https://doi-org.accedys2.bbt.ull.es/10.1371/journal.pone.0289617>
27. Endo, Y., & Saito, I. (2024). Spiritual Support to Improve Women's Mental Health after Miscarriage and Stillbirth: A Qualitative Study in Japan. *The Kobe journal of medical sciences*, 70(1), E1–E14. <https://doi.org/10.24546/0100486284>
28. Ávila, M. C. (2020). Estudio fenomenológico sobre la experiencia de las familias en el duelo perinatal (Doctoral dissertation, Universidad de Almería). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=288352>
29. Fernández-Alcántara, Manuel, Cruz-Quintana, Francisco, Pérez-Marfil, Nieves, & Robles-Ortega, Humbelina. (2012). Factores psicológicos implicados en el Duelo Perinatal. *Index de Enfermería*, 21(1-2), 48-52. <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962012000100011>
30. Salgado, H. O., Andreucci, C. B., Gomes, A. C. R., & Souza, J. P. (2021). The perinatal bereavement project: development and evaluation of supportive guidelines for families experiencing stillbirth and neonatal death in Southeast Brazil-a quasi-experimental before-and-after study. *Reproductive health*, 18(1), 5. <https://doi.org/10.1186/s12978-020-01040-4>
31. Jiménez, A. C. A., Torres, M. N., Hernando, L. M., Boronat, E. P., Ferrer, A. B., & Peña, N. S. (2021). Intervenciones de enfermería ante la pérdida perinatal en una unidad neonatal. *Revista Sanitaria de Investigación*, 2(7), 62. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8068628>
32. Ramirez, F. D., Bogetz, J. F., Kufeld, M., & Yee, L. M. (2019). Professional Bereavement Photography in the Setting of Perinatal Loss: A Qualitative Analysis.

Global pediatric health, 6, 2333794X19854941.
<https://doi.org/10.1177/2333794X19854941>

33. Cabezas, L. B., Rodríguez, C. M., & del Fresno Serrano, M. Á. (2022). Duelo en la maternidad y en la reproducción. Intervención de la matrona. *Revista Sanitaria de Investigación*, 3(2), 39. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8340826>
34. Mota, C., Sánchez, C., Carreño, J., & Gómez, M. E. (2023). Paternal Experiences of Perinatal Loss-A Scoping Review. *International journal of environmental research and public health*, 20(6), 4886. <https://doi.org/10.3390/ijerph20064886>
35. Obst, K. L., Due, C., Oxlad, M., & Middleton, P. (2020). Men's grief following pregnancy loss and neonatal loss: a systematic review and emerging theoretical model. *BMC pregnancy and childbirth*, 20(1), 11. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2677-9>
36. Fernández-Férez, A., Ventura-Miranda, M. I., Camacho-Ávila, M., Fernández-Caballero, A., Granero-Molina, J., Fernández-Medina, I. M., & Requena-Mullor, M. D. M. (2021). Nursing Interventions to Facilitate the Grieving Process after Perinatal Death: A Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*, 18(11), 5587. <https://doi.org/10.3390/ijerph18115587>
37. Makic, M. (2023). *Ackley y Ladwig. Manual de Diagnósticos de Enfermería (Edición 13th)*. Elsevier Limited (UK). <https://clinicalkeymeded.elsevier.com/books/9788413826080>
38. Herramienta online para la consulta y diseño de Planes de Cuidados de Enfermería. [Internet]. NNNConsult. Elsevier; 2015 [citado 01 mayo 2024]. Disponible en: <http://www.nnnconsult.com/accedys2.bbt.ull.es/>
39. Marcella-Brienza, S., & Mennillo, T. (2015). Back to work: Manager support of nurses with chronic sorrow. *Creative Nursing*, 21(4), 206–210. doi:10.1891/1078-4535.21.4.206.

40. Elder, J., & Burke, L.A. (2015). Parental grief expression in online cancer support groups. *Illness, Crises, and Loss*, 23(2), 175–190. <http://dx.doi.org/10.1177/1054137315576617>.

8. Anexos

Anexo 1

Tabla cuantitativa de la información de las búsquedas.

Fuente: elaboración propia

Tabla 1. Estrategia de búsqueda			
Base de datos: Pubmed			
Periodo buscado	Términos de búsqueda	Fecha de acceso	Resultados
Últimos 5 años	"Perinatal grief"	08.04.24	97
Últimos 20 años	("Stillbirth"[Mesh]) AND "Nursing Care"[Mesh].	22.03.24	2
Últimos 20 años	("Perinatal Death"[Mesh]) OR "Fetal Death"[Mesh] AND "Nursing Care"[Mesh].	22.03.24	7
Últimos 20 años	("Grief"[Mesh]) AND "Perinatal Death"[Mesh].	22.03.24	17
Últimos 20 años	("Nursing Care"[Mesh]) AND "Perinatal Death"[Mesh].	22.03.24	3
Últimos 20 años	(("Nurse midwives"[Mesh]) OR "nurses"[Mesh]) AND "perinatal death"[Mesh].	22.03.24	3
Últimos 20 años	"perinatal death"[Mesh] AND "Bereavement"[Mesh].	22.03.24	32
Últimos 20 años	"perinatal death"[Mesh] AND "grief" [Mesh] AND "Nursing Care"[Mesh].	22.03.24	1
Últimos 20 años	Perinatal loss AND "Nursing Care"[Mesh].	22.03.24	5
Base de datos: MEDLINE			
Periodo buscado	Términos de búsqueda	Fecha de acceso	Resultados
Últimos 20 años	"perinatal death" AND "nursing care".	22.03.24	4
Últimos 20 años	"perinatal loss" AND "nursing care".	22.03.24	5
Último año	"stillbirth" OR "perinatal death" AND "grief" AND "nursing care"	09.04.24	145
Últimos 4 años	"Nurse midwives" AND "perinatal grief"	09.04.24	30
Últimos 20 años	"perinatal death" AND "nursing care" AND "bereavement".	22.03.24	3
Últimos 20 años	"perinatal grief".	09.04.24	46

Base de datos: CINAHL Complete			
Periodo buscado	Términos de búsqueda	Fecha de acceso	Resultados
Últimos 20 años	"Perinatal death" AND "Nursing care"	22.03.24	17
Último año	"stillbirth" OR "perinatal death" AND "grief" AND "nursing care"	09.04.24	145
Últimos 20 años	"perinatal loss" AND "nurse midwives"	22.03.24	52
Base de datos: Scielo			
Periodo buscado	Términos de búsqueda	Fecha de acceso	Resultados
Últimos 20 años	"perinatal death" AND "Nursing care".	22.03.24	7
Últimos 20 años	"Perinatal death" AND "bereavement".	22.03.24	3
Últimos 20 años	"stillbirth" AND "grief".	22.03.24	7
Base de datos: Dialnet			
Periodo buscado	Términos de búsqueda	Fecha de acceso	Resultados
Últimos 20 años	"Perinatal death" AND "Nursing care"	22.03.24	13
Últimos 20 años	"stillbirth" AND "grief"	22.03.24	18
Últimos 20 años	"perinatal grief"	22.03.24	56
Base de datos: Cochrane library			
Periodo buscado	Términos de búsqueda	Fecha de acceso	Resultados
Últimos 5 años	"Perinatal death"	22.03.24	34
Últimos 20 años	"stillbirth" AND "grief"	22.03.24	6
Últimos 20 años	"perinatal grief"	22.03.24	13

Anexo 2

Tabla de resultados cualitativos de la información de las búsquedas.

Fuente: elaboración propia

Tabla. Resultados cualitativos de la búsqueda.						
Referencia		Resumen				
Nº	Fuente	Objetivos	Muestra	Método	Resultados	Conclusiones
1	Bezerra, N. A., Santos, C. N. S. D., Silva, A. T. C. S. G. D., Linhares, F. M. P., & Morais, S. C. R. V. (2024). Nursing care for parents who have experienced fetal demise: integrative review. Revista brasileira de enfermagem, 77(1), e20220811. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0811	Identificar evidencia científica sobre los cuidados de enfermería para padres que han experimentado duelo tras la muerte fetal.	Artículos publicados entre 2016 y 2021 de los cuales se escogieron 9, la mayoría publicados en el año 2020.	Revisión integradora de estudios originales en seis bases de datos. Los estudios se clasificaron según el nivel de evidencia.	El análisis cualitativo de los nueve estudios que componen la muestra involucró categorías temáticas, explorando el impacto de la pérdida perinatal en las familias, la comunicación inadecuada por parte de los profesionales de la salud y la importancia de un enfoque holístico en la atención. Se destaca el papel de la enfermera en la aportación positiva al equipo, destacando la participación en la formación y el suministro de información esencial.	Las enfermeras deben contribuir positivamente participando y realizando la capacitación del equipo, brindando la información necesaria para una atención integral a las mujeres y las familias. Esta atención no debe limitarse a los aspectos técnicos de enfermería sino que debe abarcar todo el contexto biopsicosocial de los padres y familias que experimentan la muerte fetal. De esta manera, las contribuciones de esta revisión enfatizan la importancia del cuidado de enfermería cualificado en el proceso de cuidado de los padres que experimentan muerte fetal. La preparación profesional marca la diferencia en este contexto

2	Fernández-Férez, A., Ventura-Miranda, M. I., Camacho-Ávila, M., Fernández-Caballero, A., Granero-Molina, J., Fernández-Medina, I. M., & Requena-Mullor, M. D. M. (2021). Nursing Interventions to Facilitate the Grieving Process after Perinatal Death: A Systematic Review. <i>International journal of environmental research and public health</i> , 18(11), 5587. https://doi.org/10.3390/ijerph18115587	Determinar la eficacia de las intervenciones de enfermería para facilitar el proceso de duelo como consecuencia de la muerte perinatal.	Artículos publicados entre 2016 y 2020 de los cuales se escogieron 4.	Revisión sistemática de estudios de intervenciones siguiendo los Manuales Cochrane y las recomendaciones de la guía Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA).	De los cuatro estudios seleccionados, dos de ellos fueron ensayos clínicos controlados aleatorios (ECA) y dos fueron estudios de intervención cuasiexperimentales. Los dos ECA estudiaron a mujeres que estaban embarazadas y requirieron la interrupción del embarazo. Los dos estudios cuasiexperimentales examinaron a mujeres que habían experimentado muerte perinatal o fetal antes de la intervención.	Las intervenciones que fueron de ayuda para los padres después de la muerte perinatal fueron el apoyo de los profesionales de la salud a los afectados, la educación sanitaria para comprender el proceso y permitirles participar en la pérdida, la expresión de sentimientos y emociones, métodos de distracción, sesiones grupales, apoyo social, actividad física y educación familiar. Estas actividades mejoran la ansiedad, los sentimientos de pena, el sueño y la confianza en uno mismo. Estas intervenciones de apoyo a las familias que sufren una pérdida perinatal son efectivas si se llevan a cabo tanto antes (si es previsible) como después de la muerte del bebé.
3	Camacho-Ávila, M., Fernández-Sola, C., Jiménez-López, F. R., Granero-Molina, J., Fernández-Medina, I. M., Martínez-Artero, L., & Hernández-Padilla, J. M. (2019). Experience of parents who have suffered a perinatal death in two Spanish hospitals: a qualitative study. <i>BMC pregnancy and childbirth</i> , 19(1), 512.	El objetivo de este estudio es describir y comprender las experiencias y percepciones de madres y padres que han sufrido una muerte perinatal.	En este estudio participaron trece madres y ocho padres que habían sufrido una muerte perinatal en los 5 años anteriores al estudio.	Estudio cualitativo basado en la fenomenología hermenéutica de Gadamer. El estudio se realizó en dos hospitales del sur de España.	Emergieron ocho subtemas, agrupados en tres temas principales: 'Percibir la amenaza y anticipar la muerte del bebé: "Algo va mal en mi embarazo"; "Desbordamiento emocional: el shock de perder un bebé y el dolor de dar a luz a un bebé muerto"; "Hemos tenido un	La confirmación de la muerte provoca un shock emocional, caracterizado por dolor y sufrimiento. La oportunidad de participar en los rituales de duelo y darle al bebé la identidad de un bebé fallecido puede ayudar en el proceso de duelo y duelo. Tener empatía por los padres y notificarles de la muerte de inmediato puede ayudar a aliviar el dolor. Las parteras pueden ayudar en el proceso de duelo facilitando los rituales de

	https://doi.org/10.1186/s12884-019-2666-z				bebé": La necesidad de darle una identidad al bebé y legitimar el duelo'.	despedida, acompañando a la familia, ayudando a honrar la memoria del bebé y apoyando a los padres para que le den al bebé fallecido una identidad que los convierta en un miembro de la familia.
4	Salgado, H. O., Andreucci, C. B., Gomes, A. C. R., & Souza, J. P. (2021). The perinatal bereavement project: development and evaluation of supportive guidelines for families experiencing stillbirth and neonatal death in Southeast Brazil-a quasi-experimental before-and-after study. <i>Reproductive health, 18</i> (1), 5. https://doi.org/10.1186/s12978-020-01040-4	El objetivo principal es evaluar los efectos de las directrices internacionales sobre duelo adaptadas al contexto brasileño en la salud mental y la experiencia de duelo de madres que han sufrido una pérdida perinatal.	Se incluyen cuarenta mujeres. Se evaluarán veinte participantes antes y veinte después de la implementación de las directrices.	Estudio de métodos mixtos (cualitativo/cuantitativo) y cuasiexperimental (antes/después. La intervención es la implementación de pautas de apoyo en el duelo para mujeres que sufrieron una muerte fetal o una muerte neonatal.	Se halló una combinación de un estado de duelo (síntomas de adaptación al duelo) y tasas de depresión, estrés y ansiedad.	Entre los factores más importantes se encuentran la formación del personal sanitario y de otros profesionales, la preparación de la sala de maternidad para apoyar a las familias en duelo y el apoyo continuo a los profesionales implicados en el duelo. Este artículo propone pautas para apoyar a las familias que sufren muerte fetal y neonatal.
5	Mota, C., Sánchez, C., Carreño, J., & Gómez, M. E. (2023). Paternal Experiences of Perinatal Loss-A Scoping Review. <i>International journal of environmental research and public health, 20</i> (6), 4886. https://doi.org/10.3390/ijerph20064886	Explorar las experiencias de duelo en hombres que perdieron a un hijo durante la etapa perinatal.	Artículos publicados entre 2019 y 2022 de los cuales se escogieron 12.	Se llevó a cabo una revisión de alcance. Se siguieron la metodología PRISMA y las pautas de extensión para las revisiones de alcance	Se encontraron cuatro temas comunes: la experiencia del duelo de los hombres, su papel como padres, el impacto de la muerte y sus necesidades frente al duelo y cómo afrontarlo.	También es necesario discutir la importancia de validar el duelo perinatal en hombres y estudios que lo examinen sin estigmas sociales de género para brindarles un apoyo emocional efectivo.

6	Obst, K. L., Due, C., Oxlad, M., & Middleton, P. (2020). Men's grief following pregnancy loss and neonatal loss: a systematic review and emerging theoretical model. BMC pregnancy and childbirth, 20(1), 11. https://doi.org/10.1186/s12884-019-2677-9	Resumir y evaluar la literatura centrada en el duelo de los hombres después de la pérdida del embarazo y la pérdida neonatal.	Artículos publicados entre 1998 y 2018 de los cuales se escogieron 46.	Se realizó una revisión sistemática con búsquedas completadas en cuatro bases de datos. Estos se guiaron por dos preguntas de investigación: 1) ¿cuáles son las experiencias de duelo de los hombres después de un embarazo o pérdida neonatal? y 2) ¿cuáles son los predictores del duelo de los hombres después de un embarazo o una pérdida neonatal?	Se identificó una muestra final de 46 artículos, incluidos 26 cualitativos, 19 cuantitativos y uno de métodos mixtos. Los hallazgos indican que las experiencias de duelo de los hombres son muy variadas y es posible que las medidas de duelo actuales no capturen todas las complejidades del duelo para los hombres.	Es necesario aumentar la accesibilidad de los servicios de apoyo para los hombres después de una pérdida de embarazo o neonatal, y brindar reconocimiento y validación de sus experiencias de duelo. Se requieren estudios de cohortes entre diversos grupos de hombres en duelo para confirmar las relaciones entre los predictores del duelo y para refinar un modelo socioecológico emergente del duelo de los hombres.
7	Ramirez, F. D., Bogetz, J. F., Kufeld, M., & Yee, L. M. (2019). Professional Bereavement Photography in the Setting of Perinatal Loss: A Qualitative Analysis. Global pediatric health, 6, 2333794X19854941.	Comprender el papel de la fotografía profesional de duelo para ayudar en el proceso de duelo de los padres que han perdido un feto o	Participaron 23 personas, incluidos 6 padres en duelo, 8 fotógrafos y 9 profesionales de la salud.	Estudio cualitativo narrativo.	Los análisis cualitativos generaron 5 temas principales: validación de la experiencia, permiso para compartir, creación de un legado permanente y tangible, creación de	Entre la muestra del estudio, los padres que experimentaron una pérdida perinatal valoraron la fotografía de duelo para aceptar su pérdida. Investigaciones anteriores han identificado componentes clave de las intervenciones en duelo perinatal, incluida la validación de la

	https://doi.org/10.1177/2333794X19854941	un bebé. Estos hallazgos son esenciales para informar el desarrollo de programas integrales centrados en la familia para apoyar el duelo de los padres.			recuerdos positivos y seguir adelante después de la pérdida. Aunque las perspectivas de los padres se consideraron más importantes para los hallazgos, todos los temas, y casi todos los subtemas, tuvieron eco en las perspectivas de los fotógrafos y profesionales de la salud.	existencia del bebé, la facilitación de la expresión del duelo por parte de los padres, la provisión de un marco para el apoyo social y la asistencia en la creación de recuerdos. Nuestros hallazgos sugieren que las fotografías de duelo pueden ayudar a los padres en todas estas categorías.
8	Farrales, L. L., Cacciatore, J., Jonas-Simpson, C., Dharamsi, S., Ascher, J., & Klein, M. C. (2020). What bereaved parents want health care providers to know when their babies are stillborn: a community-based participatory study. <i>BMC psychology</i> , 8(1), 18. https://doi.org/10.1186/s40359-020-0385-x	Explorar las experiencias de padres en duelo durante su interacción con proveedores de atención médica durante y después de la muerte fetal de un bebé.	Participaron 12 padres y 15 madres.	Diseño de investigación participativa cualitativa que respeta la sabiduría y experiencia de los participantes, potencia su autonomía y da voz a sus experiencias. Este tipo de enfoque enfatiza la profundidad de la investigación y se considera más ético, culturalmente	El tema principal que surgió se centró en el reconocimiento del bebé como un individuo irremplazable. Los subtemas reflejaron 1) reconocimiento de la paternidad y el duelo, 2) reconocimiento de la naturaleza traumática de la muerte fetal y 3) reconocimiento de un duelo duradero junto con el acceso a apoyo.	Tanto las madres como los padres sienten que el reconocimiento de su bebé como individuo, su paternidad y su dolor traumático duradero por parte de los proveedores de atención médica son elementos clave necesarios en el proceso de iniciar una atención inmediata y continua después de la muerte fetal de un bebé.

				apropiado y basado en la comunidad.		
9	Endo, Y., & Saito, I. (2024). Spiritual Support to Improve Women's Mental Health after Miscarriage and Stillbirth: A Qualitative Study in Japan. <i>The Kobe journal of medical sciences</i> , 70(1), E1–E14. https://doi.org/10.24546/0100486284	Encontrar qué apoya espiritualmente la salud mental de las mujeres que han experimentado abortos espontáneos y muerte fetal.	Participaron 25 mujeres que habían sufrido un aborto espontáneo o una muerte fetal al menos un mes antes y habían participado en reuniones de grupos de autoayuda al menos dos veces.	Este estudio utilizó un análisis narrativo temático basado en la idea de Riesman de que el sujeto del análisis narrativo es la "historia que se cuenta". El análisis narrativo se centró en narrativas individuales y se concentró en encontrar apoyo espiritual centrándose en "qué" se dijo, en lugar de perseguir el significado de quién y con qué propósito.	Las madres vivían "juntos" con sus hijos. Obtuvieron apoyo espiritual de otros, como "la presencia de alguien que vive ahora después de haber experimentado angustia" y "otros que reconocen la presencia de mi hijo y de mí como madre". Otros elementos del apoyo incluyeron "resignarme a enfrentar mi dolor" y "fuertes vínculos con los niños fallecidos". Mientras, enfrentan su dolor aceptando que esta angustia no puede ser reemplazada y resignándose a la realidad, por lo que su vínculo con su hijo se fortalece.	Las mujeres que han sufrido un aborto espontáneo o una muerte fetal encontraron apoyo espiritual que les ayudó a recuperar las ganas de seguir viviendo y la autoestima que estuvieron a punto de perder. Además, comenzaron a aceptar su tristeza y a sentir cariño y una relación con su hijo fallecido. Las madres se dieron cuenta de que sus hijos tenían un lugar en sus corazones y sintieron fuertes vínculos con sus hijos fallecidos.

10	<p>Persson, M., Hildingsson, I., Hultcrantz, M., Kärrman Fredriksson, M., Peira, N., Silverstein, R. A., Sveen, J., & Berterö, C. (2023). Care and support when a baby is stillborn: A systematic review and an interpretive meta-synthesis of qualitative studies in high-income countries. <i>PLoS One</i>, 18(8), e0289617. https://doi-org.accedys2.bbt.k.uib.no/10.1371/journal.pone.0289617</p>	<p>Identificar aspectos importantes de la atención y el apoyo a los padres, hermanos y profesionales de la salud en países de altos ingresos desde el diagnóstico de muerte fetal durante todo el parto y el período posparto.</p>	<p>Se incluyeron 16 artículos.</p>	<p>Se realizó una revisión sistemática y una metá-síntesis cualitativa para obtener una comprensión más profunda y amplia del conocimiento disponible sobre el tratamiento y el apoyo cuando se produce la muerte fetal. Los artículos relevantes se identificaron mediante búsquedas sistemáticas en bases de datos electrónicas internacionales y seguimiento de citas. Se evaluó la calidad de los estudios incluidos y los datos se interpretaron y sintetizaron utilizando la hermenéutica de Gadamer.</p>	<p>La metá-síntesis cualitativa dio como resultado cuatro fusiones: personificación, actitud respetuosa, problemas existenciales y estigmatización. Las fusiones son interdependientes e interactúan, por lo que se unen a otras fusiones. Refleja una comprensión más profunda y ampliada de lo que importa a los padres, hermanos y profesionales de la salud cuando un bebé nace sin signos de vida.</p>	<p>Las profundas experiencias sintetizadas en las fusiones de esta meta-síntesis mostraron los complejos impactos que el nacimiento de un bebé sin signos de vida tuvo en todos los involucrados. Estas cuatro fusiones: personificación, actitud respetuosa, problemas existenciales y estigmatización pueden abordarse y apoyarse mediante la aplicación de una atención centrada en todas las personas implicadas. Por lo tanto, el duelo puede ser facilitado para padres y hermanos, y los profesionales de la salud pueden tener buenas herramientas en su práctica profesional.</p>
----	--	--	------------------------------------	---	---	--

11	Fernández-Alcántara, Manuel, Cruz-Quintana, Francisco, Pérez-Marfil, Nieves, & Robles-Ortega, Humbelina. (2012). Factores psicológicos implicados en el Duelo Perinatal. Index de Enfermería, 21(1-2), 48-52. https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962012000100011	Con esta revisión se pretende señalar y analizar las diferentes variables que interactúan en el duelo perinatal.	Artículos publicados entre 2000 y 2010 de los cuales se escogieron 48.	Revisión, mediante el análisis de la literatura.	El análisis se agrupa en cuatro categorías: las reacciones a la pérdida, la diferencia entre hombres y mujeres, las intervenciones más adecuadas por parte del personal sanitario, así como los principales problemas que presenta la práctica para ellos.	Se realiza un análisis crítico de la situación del duelo perinatal y se plantea el desarrollo de nuevas líneas de investigación que puedan mejorar la práctica clínica y dar pie a futuras investigaciones.
12	Jiménez, A. C. A., Torres, M. N., Hernando, L. M., Boronat, E. P., Ferrer, A. B., & Peña, N. S. (2021). Intervenciones de enfermería ante la pérdida perinatal en una unidad neonatal. Revista Sanitaria de Investigación, 2(7), 62.	Describir las intervenciones más apropiadas para humanizar la asistencia prestada por los profesionales sanitarios a familias que han sufrido la pérdida de un hijo en el periodo neonatal.	Artículos publicados entre 2015 y 2020.	Se realizó una búsqueda bibliográfica de artículos científicos en diferentes bases de datos nacionales e internacionales	Para ayudar en el proceso de ajuste de la pérdida, se debe ofrecer una serie de opciones a los padres sin olvidar que el proceso de pérdida es único y personal enfocándose en una atención individualizada de la familia y guiándolos para que transite por todas las etapas de pérdida y luto no permitiendo que se repriman los sentimientos de los padres.	Según varios investigadores la participación de los padres en el cuidado de sus hijos junto con la toma de decisiones supone un empoderamiento que facilita el proceso de ajuste de la pérdida. Los profesionales sanitarios desempeñamos un papel fundamental durante este proceso al proporcionar disponibilidad, apoyo emocional y dar respuesta a las necesidades físicas, emocionales, psicosociales y espirituales del recién nacido y su familia mediante la creación de un entorno confortable y la humanización de los cuidados.
13	Ávila, M. C. (2020). Estudio fenomenológico sobre la experiencia de las familias	Explorar, describir y comprender las experiencias de	Se entrevistaron a 13 madres y 8 padres.	Estudio cualitativo basado en la	En el análisis de los datos se obtuvieron	El duelo perinatal es una experiencia devastadora tanto para la madre y el

	en el duelo perinatal (Doctoral dissertation, Universidad de Almería).	madres y padres que han vivido un duelo perinatal.		fenomenología hermenéutica de Gadamer. Se realizaron entrevistas en profundidad y se hizo un análisis inductivo para encontrar los temas principales	33 subtemas y estos se agruparon en 9 temas; a su vez, de estos temas emergieron 4 temas principales: "Experimentando la muerte de un hijo", "Secuelas físicas y psicológicas de la muerte perinatal", "Impacto de la muerte perinatal en el contexto sociofamiliar de los padres" y "Experiencias de los padres sobre el apoyo después de la muerte fetal y neonatal".	padre, como para los hermanos y el resto del entorno familiar afectando de forma física, psicológica y emocional. Por ello, es necesaria una alta calidad en la asistencia sanitaria, con una unificación de criterios y de cuidados basados en la evidencia científica, así como en los deseos y expectativas de los padres.
14	Cabezas, L. B., Rodríguez, C. M., & del Fresno Serrano, M. Á. (2022). Duelo en la maternidad y en la reproducción. Intervención de la matrona. Revista Sanitaria de Investigación, 3(2), 39.	Adquirir conocimientos sobre el proceso de duelo en la maternidad y en la reproducción para realizar unos cuidados adecuados y, como específicos, analizar el concepto de duelo, conocer las necesidades relacionales de las personas en	Artículos publicados entre 2013 y 2022 de los cuales se escogieron 15.	Esta revisión bibliográfica ha sido realizada entre los meses de noviembre y diciembre del año 2020, entendiéndose como un resumen de evidencias que utiliza un riguroso proceso (para minimizar sesgos),	Entre los artículos seleccionados se encuentran 6 revisiones bibliográficas, 5 estudios descriptivos y 4 guías de práctica clínica. Se persigue divulgar las actualizaciones de la evidencia científica en este tema, así como concienciar del impacto de nuestra actuación en el	El apoyo y la comprensión por parte de los profesionales que les atienden pueden mejorar la evolución del duelo y prevenir la patología psicosocial derivada del mismo. Todos los profesionales de maternidad deben ser entrenados en la asistencia al duelo perinatal, asegurando una adecuada atención a las parejas dolientes. Es recomendable establecer una comunicación abierta y sincera con la pareja, dedicándose el tiempo que precisen. Es preferible que sea un único profesional o

		<p>proceso de duelo, definir el proceso de duelo asociado a la maternidad y reproducción y describir las recomendaciones para la actuación ante un proceso de duelo.</p>		<p>identificando, evaluando y sintetizando cualitativamente estudios para contestar a una pregunta científica, de manera que extrae conclusiones sobre los datos recopilados. Es, por tanto, de tipología secundaria puesto que ofrece una descripción de documentos primarios</p>	<p>desarrollo del duelo de las parejas.</p>	<p>equipo de profesionales el que trate con la pareja durante todo el proceso.</p>
--	--	--	--	--	---	--

Anexo 3

Grados de recomendación según Joanna Briggs Institute (JBI).

Fuente: Joanna Briggs Institute Levels of Evidence and Grades of Recommendation Working Party October 2013. Disponible en:

https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI-grades-of-recommendation_2014.pdf



JBI Grades of Recommendation

Developed by the Joanna Briggs Institute Levels of Evidence and Grades of Recommendation Working Party October 2013

JBI Grades of Recommendation	
Grade A	A 'strong' recommendation for a certain health management strategy where (1) it is clear that desirable effects outweigh undesirable effects of the strategy; (2) where there is evidence of adequate quality supporting its use; (3) there is a benefit or no impact on resource use, and (4) values, preferences and the patient experience have been taken into account.
Grade B	A 'weak' recommendation for a certain health management strategy where (1) desirable effects appear to outweigh undesirable effects of the strategy, although this is not as clear; (2) where there is evidence supporting its use, although this may not be of high quality; (3) there is a benefit, no impact or minimal impact on resource use, and (4) values, preferences and the patient experience may or may not have been taken into account.

The FAME (Feasibility, Appropriateness, Meaningfulness and Effectiveness) scale may help inform the wording and strength of a recommendation.

F – Feasibility; specifically:

- What is the cost effectiveness of the practice?
- Is the resource/practice available?
- Is there sufficient experience/levels of competency available?

A – Appropriateness; specifically:

- Is it culturally acceptable?
- Is it transferable/applicable to the majority of the population?
- Is it easily adaptable to a variety of circumstances?

M – Meaningfulness; specifically:

- Is it associated with positive experiences?
- Is it not associated with negative experiences?

E – Effectiveness; specifically:

- Was there a beneficial effect?
- Is it safe? (i.e. is there a lack of harm associated with the practice?)

Anexo 4

Niveles de evidencia según Joanna Briggs Institute (JBI).

Fuente: Joanna Briggs Institute Levels of Evidence and Grades of Recommendation Working Party October 2013. Disponible en:

https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI-Levels-of-evidence_2014_0.pdf



JOANNA BRIGGS INSTITUTE

JBI Levels of Evidence

Developed by the Joanna Briggs Institute Levels of Evidence and Grades of Recommendation Working Party October 2013

PLEASE NOTE: These levels are intended to be used alongside the supporting document outlining their use. Using Levels of Evidence does not preclude the need for careful reading, critical appraisal and clinical reasoning when applying evidence.

LEVELS OF EVIDENCE FOR EFFECTIVENESS

Level 1 – Experimental Designs

Level 1.a – Systematic review of Randomized Controlled Trials (RCTs)

Level 1.b – Systematic review of RCTs and other study designs

Level 1.c – RCT

Level 1.d – Pseudo-RCTs

Level 2 – Quasi-experimental Designs

Level 2.a – Systematic review of quasi-experimental studies

Level 2.b – Systematic review of quasi-experimental and other lower study designs Level 2.c –

Quasi-experimental prospectively controlled study

Level 2.d – Pre-test – post-test or historic/retrospective control group study



JOANNA BRIGGS INSTITUTE

Level 3 – Observational – Analytic Designs

Level 3.a – Systematic review of comparable cohort studies

Level 3.b – Systematic review of comparable cohort and other lower study designs Level 3.c –

Cohort study with control group

Level 3.d – Case – controlled study

Level 3.e – Observational study without a control group

Level 4 – Observational – Descriptive Studies Level 4.a

– Systematic review of descriptive studies Level 4.b –

Cross-sectional study

Level 4.c – Case series

Level 4.d – Case study

Level 5 – Expert Opinion and Bench Research Level

5.a – Systematic review of expert opinion Level 5.b

– Expert consensus

Level 5.c – Bench research/ single expert opinion



JOANNA BRIGGS INSTITUTE

LEVELS OF EVIDENCE FOR DIAGNOSIS

Level 1 – Studies of Test Accuracy among consecutive patients

Level 1.a – Systematic review of studies of test accuracy among consecutive patients Level 1.b –

Study of test accuracy among consecutive patients

Level 2 – Studies of Test Accuracy among non-consecutive patients

Level 2.a – Systematic review of studies of test accuracy among non-consecutive patients Level 2.b –

Study of test accuracy among non-consecutive patients

Level 3 – Diagnostic Case control studies

Level 3.a – Systematic review of diagnostic case control studies Level 3.b –

Diagnostic case-control study

Level 4 – Diagnostic yield studies

Level 4.a – Systematic review of diagnostic yield studies Level

4.b – Individual diagnostic yield study

Level 5 – Expert Opinion and Bench Research Level

5.a – Systematic review of expert opinion Level 5.b

– Expert consensus

Level 5.c – Bench research/ single expert opinion



JOANNA BRIGGS INSTITUTE

LEVELS OF EVIDENCE FOR PROGNOSIS

Level 1 – Inception Cohort Studies

Level 1.a – Systematic review of inception cohort studies

Level 1.b – Inception cohort study

Level 2 – Studies of All or None

Level 2.a – Systematic review of all or none studies

Level 2.b – All or none studies

Level 3 – Cohort studies

Level 3.a – Systematic review of cohort studies (or control arm of RCT) Level 3.b –

Cohort study (or control arm of RCT)

Level 4 – Case series/Case Controlled/ Historically Controlled studies

Level 4.a – Systematic review of Case series/Case Controlled/ Historically Controlled studies Level 4.b –

Individual Case series/Case Controlled/ Historically Controlled study

Level 5 – Expert Opinion and Bench Research Level

5.a – Systematic review of expert opinion Level 5.b

– Expert consensus

Level 5.c – Bench research/ single expert opinion

Anexo 5

Actividades incluidas en el NIC [5294] Facilitar el duelo: muerte perinatal.

Fuente: Herramienta online para la consulta y diseño de Planes de Cuidados de Enfermería. [Internet]. NNNConsult. Elsevier; 2015 [citado 01 mayo 2024]. Disponible en: <http://www.nnnconsult.com/accedys2.bbt.ull.es/>

NNNConsult

NIC [5294] Facilitar el duelo: muerte perinatal

CÓDIGO: 5294

EDICIÓN: 2.ª edición 1996; revisada en 2018

INTERVENCIÓN: Facilitar el duelo: muerte perinatal

DEFINICIÓN: Ayuda en la resolución de una pérdida perinatal.

DOMINIO: 5 Familia

CLASE: W Cuidados de un nuevo bebé

ESPECIALIDADES DE ENFERMERÍA: Enfermería gerontológica, Obstétrica, Perioperatoria, Enfermería obstétrica

ACTIVIDADES

Discutir con los padres y la familia qué esperar si la pérdida es inminente o probable.

Fomentar la participación en la toma de decisiones acerca de la interrupción del soporte vital.

Ayudar a mantener vivo al bebé hasta la llegada de los padres.

Bautizar al bebé, según corresponda.

Animar a los padres a coger al bebé durante su muerte, según corresponda.

Apoyar a los padres y a la familia con cualquier vínculo que pueda o no tener con el embarazo y el feto.

Determinar cómo y cuándo se ha diagnosticado la muerte fetal o del bebé.

Comentar los planes que se hayan realizado (entierro, funeral, nombre del bebé).

Comentar las decisiones que deberán tomarse acerca de las disposiciones del funeral, autopsia, consejo genético y participación familiar.

Describir los recuerdos que se obtendrán, incluyendo huellas de los pies, huellas de las manos, fotos, gorrito, batas, mantas, pañales y manguitos de presión arterial, según corresponda.

Comentar los grupos de apoyo disponibles, según corresponda.

Comentar las diferencias que hay entre los patrones de duelo masculino y femenino, según corresponda.

Obtener huellas de los pies, de las manos, medición de la altura y peso del bebé, si es necesario.

Preparar al bebé para que sea visto, bañándolo y vistiéndolo, incluyendo a los padres en las actividades, según corresponda.

Animar a los familiares a ver y coger al bebé cuanto deseen.

Comentar el aspecto del bebé en función de la edad gestacional y el tiempo transcurrido desde la defunción.

Centrarse en las características normales del bebé, a la vez que se discuten las anomalías con sensibilidad.

Animar a la familia para que esté un tiempo a solas con el bebé, según se desee.

Remitir al capellán, servicios sociales, asesor de duelo y genético, según corresponda.

Elaborar recuerdos y presentarlos a la familia antes del alta, según corresponda.

Ofrecer completar un certificado de nacimiento conmemorativo si la ley estatal no requiere uno a la edad gestacional del parto.

Comentar las características del duelo normal y patológico, incluidos los factores desencadenantes que precipitan sentimientos de tristeza.

Notificar al laboratorio o funeraria, para que dispongan del cuerpo, según corresponda.

 RELX Group

© Elsevier