

**REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DE LAS RECOMENDACIONES
SOBRE EL DUELO PERINATAL EN GUÍAS DE PRÁCTICA
CLÍNICAS**

Autora: Elena Rodríguez Martos

Tutora: Elena María Ortega Barreda

TRABAJO DE FINAL DE GRADO

GRADO EN ENFERMERÍA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD: SECCIÓN ENFERMERÍA

UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Junio 2023

Resumen:

Introducción: La muerte perinatal es aquella que se origina entre las 28 semanas de gestación y los primeros 7 días de vida, según la última definición de la OMS. La muerte perinatal se considera un hecho traumático que requiere de una atención integral y humanizada a través de unos cuidados enfermeros de calidad con el objetivo de ayudar a los padres y madres a realizar un afrontamiento saludable al proceso de duelo.

Objetivo: El objetivo de esta revisión es actualizar las recomendaciones en lo relativo a los cuidados enfermeros en el duelo perinatal.

Metodología: Se realizó una búsqueda en las principales bases de datos, tanto específicas de GPC (TripDatabase, NICE, GuiaSalud, Guideline Central) como no específicas (Scielo, Dialnet, Medline, Scopus), además de búsquedas intencionadas en “El hueco de mi vientre”. Además, se realizó un análisis a las Guías seleccionadas a través de la herramienta AGREE II.

Resultados: Fueron seleccionadas 7 Guías de Práctica Clínica que desarrollan intervenciones y/o recomendaciones enfermeras para el manejo del duelo perinatal. Se realizó un compendio actualizado en el que se reflejan las intervenciones obtenidas de las Guías y las cuales se dividen en cinco epígrafes (5.1,5.2,5.3,5.4,5.5).

Discusión y Conclusiones: Se han encontrado pocos estudios que avalen las intervenciones enfermeras en el duelo perinatal lo que dificulta poder establecer niveles de evidencia y grado de recomendación de las mismas. Esto refuerza la idea de que es importante trabajar en la implantación de las Guías y realizar estudios que permitan evaluar su impacto tanto a corto como a largo plazo.

Palabras clave: Duelo perinatal, Guías de Práctica Clínica, Manejo, Atención al duelo, Pérdida Perinatal.

Abstract:

Introduction: Perinatal mortality, also known as perinatal death, refers to the death of a baby between 28 weeks gestation onwards and before the first 7 days of life. according to the latest WHO definition. Perinatal death is considered a traumatic event that requires comprehensive and humanized care through quality nursing care with the aim of helping fathers and mothers to cope with the grieving process in a healthy manner.

Aim: The objective of this review is to update the recommendations regarding nursing care in perinatal bereavement.

Method: A search was carried out in the main databases, CPG specific (TripDatabase, NICE, GuiaSalud, Guideline central) and nonspecific for CPG (Scielo, Dialnet, Medline, Scopus), in addition to intentional searches in “El hueco de mi vientre”. Moreover, an analysis was performed on the CPG selected through the AGREE II tool.

Results: 7 Clinical Practice Guidelines that develop nursing interventions and/or recommendations for the management of perinatal grief were selected. An update compendium was made in which the interventions obtained from the Guides are reflected and which are divided into five headings (5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5).

Discussion and Conclusions: Few studies have been found that support nursing interventions in perinatal grief which makes it difficult to establish levels of evidence and their degree of recommendation. This reinforces the idea that it is important to work on the implementation of the Guidelines and to carry out studies to assess their impact in both the short and long term.

Keywords: Perinatal bereavement, Clinical Practice Guideline, Case Management, Care bereavement, Perinatal Loss.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	pág 6
2. OBJETIVOS.....	pág 7
3. MARCO TEÓRICO.....	pág 8-19
3.1 Muerte perinatal.....	pág 8-9
3.1.1 Aborto.....	pág 8
3.1.2 Muerte gestacional o Intrauterina.....	pág 8
3.1.3 Muerte perinatal.....	pág 9
3.1.4 Muerte Neonatal o Extrauterina.....	pág 9
3.2 Etiología y Factores de riesgo.....	pág 10
3.3 Epidemiología.....	pág 10
3.4 Situación Actual.....	pág 10-11
3.5 ¿Qué es el duelo?.....	pág 11-15
3.5.1 ¿Qué es el duelo perinatal?.....	pág 12-14
3.5.2 Duelo desautorizado, duelo silenciado.....	pág 14
3.5.3 El duelo en la pareja y en los hijos.....	pág 15
3.6 Tipos de duelo.....	pág 15-16
3.6.1 Duelos no patológicos.....	pág 15-16
3.6.2 Duelo inadaptado.....	pág 16
3.7 Procedimiento de revisión.....	pág 17
3.8 Diferencias entre el AGREE original y el AGREE II.....	pág 18
3.9 Niveles de evidencia y grados de recomendación.....	pág 18-19

4. METODOLOGÍA.....	pág 20-23
4.1 Criterios de inclusión y exclusión.....	pág 21
4.2 Términos de búsqueda.....	pág 21
4.3 Estrategia de búsqueda.....	pág 22-23
5. RESULTADOS.....	pág 24-35
5.1 Intervenciones de enfermería y cuidados dirigidos a las familias en el entorno hospitalario y en el momento del alta.....	pág 27-32
5.1.1 Comunicación de la noticia.....	pág 27-28
5.1.2 Momento del parto.....	pág 28
5.1.3 Postparto Inmediato.....	pág 29-30
5.1.4 Trámites Administrativos o Burocráticos (Registro civil, autopsia, donación de órganos, entierro o cremación).....	pág 31
5.1.5 Llegada a Planta.....	pág 32
5.1.6 Alta Hospitalaria.....	pág 32
5.2 Intervenciones de enfermería dirigidas al personal sanitario.....	pág 33
5.3 Intervenciones de enfermería a evitar en la práctica clínica.....	pág 34
5.4 Grados de evidencia asignados a las intervenciones enfermeras.....	pág 35
5.5 Intervenciones enfermeras según el periodo gestacional.....	pág 35
6. FORTALEZAS Y LIMITACIONES	pág 36
7. DISCUSIÓN.....	pág 37-39
8. CONCLUSIONES.....	pág 40
9. BIBLIOGRAFÍA.....	pág 41-48
10. ANEXOS.....	pág 49-66

1. INTRODUCCIÓN

El duelo perinatal es un proceso que ha ido siempre relegado al ámbito privado, lo que le ha permitido que pase desapercibido y que se tenga un desconocimiento general sobre el tema. Sin embargo, el cuidado y apoyo que se brinda a los padres y familiares durante este proceso es esencial, siendo la enfermería una de las disciplinas que juegan un papel importante en el cuidado del paciente y su círculo cercano ^[1] ^[2]. A pesar de los avances en la tecnología médica, la muerte perinatal representa un desafío para los profesionales de la salud. En España, según los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) en 2021, la tasa de mortalidad perinatal fue de 4,03 por cada 1.000 nacidos vivos.

En la actualidad, el manejo del duelo perinatal se centra en proporcionar un enfoque multidisciplinario que involucre a profesionales de la salud, incluyendo médicos, enfermeros/as, matronas, psicólogos y trabajadores sociales, para brindar atención y apoyo emocional a los padres y familiares afectados ^[3]. Las intervenciones de enfermería, en particular, han demostrado ser beneficiosas en la reducción del impacto emocional del duelo perinatal, proporcionando apoyo emocional, información y educación, asesoramiento y referencias a servicios de apoyo especializados ^[4].

Se han desarrollado diversas guías de práctica clínica para orientar a los profesionales de la salud en la atención a las familias que atraviesan por esta experiencia dolorosa. Estas guías buscan proporcionar cuidados basados en la mejor evidencia científica para mejorar la atención y el manejo del duelo perinatal.

En este sentido, el objetivo de este trabajo es llevar a cabo una actualización en los cuidados enfermeros relativos al duelo perinatal, analizando las Guías de Práctica Clínica publicadas en los últimos diez años con el propósito de identificar las recomendaciones enfermeras basadas en la evidencia.

Se espera que esta revisión contribuya a la mejora del cuidado y atención a las familias que sufren la muerte perinatal, y que sirva como herramienta para los profesionales de la salud en la toma de decisiones clínicas basadas en la evidencia.

2. OBJETIVOS

- Objetivo general:

Actualizar las recomendaciones en lo relativo a los cuidados enfermeros en el duelo perinatal.

- Objetivos específicos:

- Analizar la calidad de las guías de práctica clínica encontradas.
- Enumerar las intervenciones de enfermería dirigidas a las familias que estén pasando por el proceso de duelo.
- Agrupar los cuidados de enfermería apropiados en el entorno hospitalario y en el momento del alta.
- Identificar las intervenciones y cuidados dirigidos hacia el personal sanitario involucrado en los procesos de duelo.
- Exponer las intervenciones de enfermería a evitar durante la práctica clínica en el duelo.
- Examinar el nivel de evidencia y grado de recomendación de las intervenciones enfermeras.
- Clasificar las intervenciones de enfermería en relación al periodo gestacional.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 MUERTE PERINATAL

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), la muerte perinatal es aquella que ocurre a partir de semana 28 de gestación (210 días) o al menos 1000 gramos de peso y hasta los siete primeros días de vida del bebé. Aunque en una primera definición del CIE se contemplaba la muerte perinatal a partir de las 22 semanas de gestación o al menos 500 gramos de peso ^[5] ^[6]. Dependiendo del periodo gestacional que se encuentre el embrión, feto o bebé en el momento de su fallecimiento, podemos distinguir cuatro clasificaciones generales: aborto, muerte gestacional o intrauterina, muerte perinatal y muerte neonatal o extrauterina. Por otro lado, también tenemos la característica definitoria que nos indica en qué momento se produce: durante (muerte intraparto) o antes del trabajo de parto (muerte anteparto) ^[7].

3.1.1 Aborto

Dentro del margen entre el momento de la concepción del feto y antes de las 22 semanas de gestación, se produce el fenómeno de aborto y distinguimos los siguientes tipos: aborto espontáneo, aborto retenido, aborto involuntario, embarazo ectópico, embarazo molar y gestación anaembrionada o óvulo huero ^[8].

3.1.2 Muerte gestacional o intrauterina

La muerte gestacional o muerte intrauterina, son aquellas muerte fetales que se produzcan por causas naturales, al igual que las interrupciones del embarazo por motivos médicos, tales como anomalías en el feto, consecuencias graves en el estado de salud de la madre o enfermedades sin buen pronóstico o sin tratamiento disponible; ya que en ese caso nos encontraríamos hablando de interrupciones del embarazo.

3.1.3 Muerte perinatal

Este término abarca desde la muerte gestacional a partir de las 22 semanas de gestación hasta la muerte neonatal en los 28 días post-parto. Existen dos definiciones: la extensa (abarca desde las 22 semanas de gestación hasta los 28 días post-parto) o la acortada (abarca desde las 28 semanas de gestación hasta el séptimo día del nacimiento) ^[6].

3.1.4 Muerte Neonatal o extrauterina

Dentro de la muerte neonatal distinguimos dos tipos: muerte neonatal precoz (fallecimiento entre el día del nacimiento y seis días post-parto) y muerte neonatal tardía (fallecimiento entre el séptimo día después del nacimiento y los 28 días post-parto).

En la siguiente tabla (**Figura 1**) se ven contemplados todos los términos o conceptos desarrollados anteriormente: muerte fetal (temprana, intermedia y tardía), muerte perinatal (definición de la OMS y definición ampliada) y muerte neonatal (precoz y tardía).

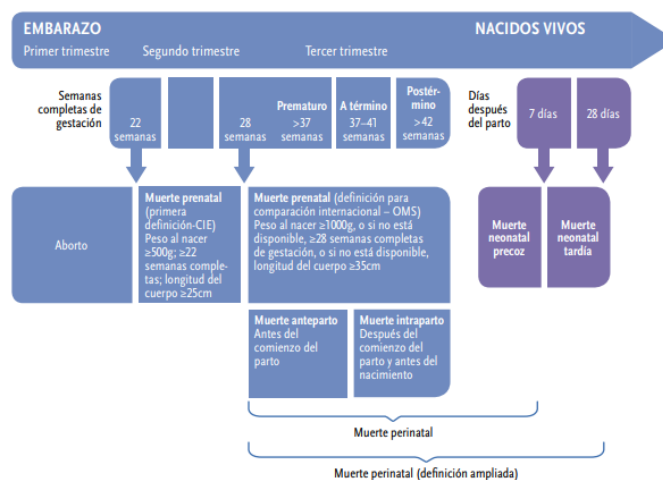


FIGURA 1. Fuente: Para que cada bebé cuente Auditoría y examen de las muertes prenatales y neonatales (OMS) ^[6].

3.2 ETIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO

La etiología de la muerte perinatal es multifactorial y puede deberse a una variedad de causas, incluyendo factores maternos, fetales y placentarios. Entre las causas más comunes se encuentran las anomalías cromosómicas, la restricción del crecimiento fetal, la hipertensión arterial materna, la diabetes gestacional, las infecciones maternas, el parto prematuro, complicaciones del embarazo o el parto y la asfixia intrauterina o perinatal ^[9].

3.3 EPIDEMIOLOGÍA

La muerte perinatal es un problema de salud global que afecta a todas las regiones del mundo. Según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), se estima que cada 16 segundos se produce una muerte fetal, lo que significa que alrededor de 2 millones de muertes perinatales cada año en todo el mundo. La mayoría de estas muertes ocurren en países de bajos a medianos ingresos, donde la atención perinatal y el acceso a la atención médica son limitados ^[10].

3.4 SITUACIÓN ACTUAL

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada año ocurren alrededor de 2 millones de muertes perinatales en todo el mundo, lo que equivale a una tasa de mortalidad perinatal de 18.4 por cada 1.000 nacidos vivos ^[11].

En España, la tasa de mortalidad perinatal en el año 2021 fue de 4.03 por cada 1.000 nacidos vivos, lo que representa una disminución relativa en comparación con la tasa de 4,51 por cada 1.000 nacidos vivos en el año 2013 (**Figura 2**). A pesar de esta disminución, la muerte perinatal sigue siendo un tema de preocupación para la salud materna y fetal en España ^[12].

En los años 2018-2019, la tasa de muertes perinatales ascendió en la provincia de Santa Cruz de Tenerife. Los datos de tasa de mortalidad más bajos en la provincia se registraron en el año 2012 a 3,14 muertes por cada 1000 nacidos vivos. Las últimas cifras registradas pertenecen al año 2021 en el cual hubo 4,93 muertes por cada 1000 nacidos vivos ^[12].

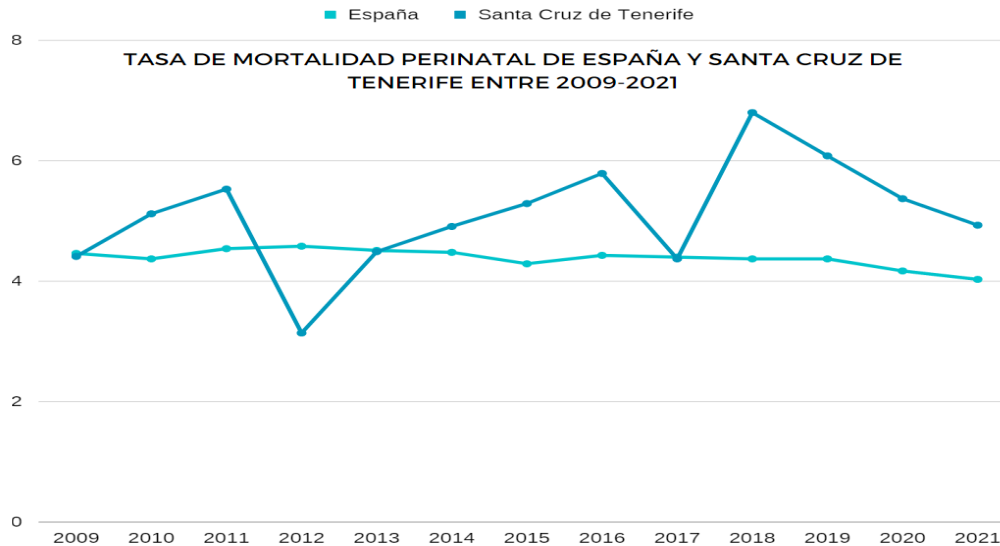


Figura 2. Fuente: elaboración propia

3.5 ¿QUÉ ES EL DUELO?

El duelo es una respuesta emocional y conductual que se manifiesta como sufrimiento y aflicción cuando se pierde un vínculo afectivo con una persona, animal, objeto o evento significativo. Es un proceso que varía en duración e intensidad según la persona y la situación ^[13]. Además de ser una respuesta emocional, también puede tener reacciones cognitivas y físicas. El duelo es una experiencia universal que las personas atraviesan cuando están lidiando con una pérdida en sus vidas ^[14].

Bourgeois (1996), concibe el duelo como “la pérdida de un familiar y/o un ser querido con sus consecuencias psico-afectivas, sus manifestaciones exteriores y rituales y el proceso psicológico evolutivo consecutivo a la pérdida, que denomina trabajo o elaboración del duelo” ^[15].

3.5.1 ¿QUÉ ES EL DUELO PERINATAL?

El duelo perinatal es aquel que ocurre cuando este proceso ocurre ligado al embarazo o al momento del parto. Dentro de este concepto también hemos de añadir a aquellas parejas que han recibido el diagnóstico de infertilidad. Asimismo el autor Kowalski, incluye dentro de este tipo de duelo el periodo desde el nacimiento hasta pasado el primer año de vida del recién nacido (incluyendo también abortos espontáneos o inducidos, embarazos ectópicos, muerte intrauterina, muerte de un gemelo o ambos, muerte intrauterina o intraparto, obitos, muerte del prematuro o neonato y también los bebés que poseen anomalías congénitas). Este duelo posee unas características especiales por el entorno en el que se desarrolla y muchas de las mujeres que lo sufren lo hacen de manera escondida e incluso con sentimientos de vergüenza, esto es lo que se denomina “duelo negado o desautorizado”.

Este proceso es una respuesta natural que se produce ante este tipo de pérdida. Se involucra un proceso psicológico que posee características que lo hacen distinto de otros tipos de duelo, lo que hace que su elaboración sea especialmente difícil. La sociedad despoja de importancia el hecho de haber perdido a un bebé intraútero o intraparto puesto que asumen que al no haber tenido tiempo para vivir o establecer lazos con los padres, es un proceso mucho más ameno que al perder a una persona adulta. Según algunos estudios publicados, perder un bebé implica ver rotas las expectativas propias del embarazo, donde se idealiza al futuro hijo, se experimenta una enorme ilusión y felicidad así como una gran emoción por el futuro, aunque desgraciadamente estas se vean truncadas ^{[16] [17] [18]}.

Autores como Elizabeth Kübler, Kaplan y Murray Parkes estudiaron, observaron y desarrollaron modelos para comprender las fases del proceso del duelo, cada uno con sus peculiaridades. Sin embargo, el modelo de los autores Bowlby y Parkes (modificado por Davidson) ^[18] es el que más se acerca al proceso de pérdida durante el duelo perinatal ya que realiza comparaciones entre 30 madres que experimentaron las pérdidas de sus infantes y entre 1.200 personas que habían perdido a familiares adultos.

Además, al igual que los demás modelos, las fases no tienen porque evolucionar según se plasman en el modelo, al igual que no tienen un tiempo de duración fijo o establecido; éste se compone de cuatro etapas ^[19]:

- ❖ **Choque y obnubilación:** en esta fase la característica principal es la resistencia a los estímulos de ambos progenitores.
- ❖ **Búsqueda y deseos:** Esta etapa consiste sobre todo en la situación emocional en la que se encuentran los progenitores, donde se encuentran extremadamente sensibles, a diferencia de la primera etapa.
- ❖ **Desorientación y Desorganización:** esta etapa alcanza su punto álgido entre los seis y nueve meses después del nacimiento, es aquí donde experimentan un decaimiento general físico y emocional.
- ❖ **Reorganización:** Es aquella que comienza a los 18 meses después del fallecimiento. Durante este periodo se marca el regreso a la nueva normalidad, formalizándose a su vez los hábitos alimentarios y el patrón del sueño.

No todos los procesos de duelo se experimentan de igual manera puesto que los factores socio-culturales o religiosos en algunas unidades familiares, toman una parte importante a la hora de manejar la muerte. Como sociedad debemos de tener en cuenta estos aspectos, por ese motivo la autora Ana Pía García de Madinabeitia desarrolló una tabla de cómo viven la muerte en diferentes religiones (**Tabla 1**) ^[16] :

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

TABLA 1. Fuente: Un secreto dentro de un misterio, 2010 Las religiones ante la muerte del feto [esquema] ^[16]

3.5.2 DUELO DESAUTORIZADO, DUELO SILENCIADO.

Existen términos para referirse a la pérdida de un esposo/a (viudo) y para referirse a la pérdida de ambos padres/madres (huérfano), mientras que al contrario no se ha generado el término que se refiere a aquellos padres/madres que sufren la pérdida de sus hijos. Suele tratarse de un duelo solitario, relacionado con la carencia de comprensión por parte de su círculo cercano, por lo que desencadena el duelo perinatal como un “duelo desautorizado” ^[20].

No fue hasta el año 2013, que los bebés nacidos y posteriormente fallecidos en menos de 24 horas pudieron ser registrados en el libro de familia, puesto que años anteriores éstos quedaban inscritos con el sobrenombre de “feto de...”. Incluso los bebés fallecidos intrauterino a partir de los 180 días pueden ser inscritos en el “Legajo de Abortos”, adjuntando su nombre, para así evitar ser sólo un número o quedar plasmado como “feto hembra o macho”. Todo esto, queda recogido en la ley BOE-A-2011-12628 ^{[21] [22]}.

3.5.3 EL DUELO EN LA PAREJA Y EN LOS HIJOS

El duelo perinatal no sólo lo sufre la gestante sino que la pareja y padre/madre del bebé es también partícipe de este proceso, al igual que los demás hijos de la pareja.

Para las parejas que experimentan una pérdida perinatal, el duelo puede tener un impacto significativo en su relación y en la forma en la que se efectúa la comunicación entre ellos. Los sentimientos de tristeza, culpa, enfado y desesperación pueden llegar a afectar a la capacidad de la pareja para conectarse emocionalmente.

Por otro lado, los hermanos y otros miembros de la familia también pueden verse afectados por la pérdida del bebé, incluso si no pueden comprender completamente lo que está sucediendo. Los niños pueden experimentar una amplia gama de emociones, como tristeza o confusión.

Este tipo de procesos pueden afectar profundamente a la pareja y a los demás miembros de la familia y es importante que los profesionales aborden las necesidades emocionales y físicas de todos ellos durante este proceso tan difícil. Al proporcionar un apoyo personalizado y compasivo, los sanitarios pueden ayudar a las familias a navegar por el dolor y el trauma de la pérdida de una manera sana ^[23].

3.6 TIPOS DEL DUELO

3.6.1 DUELOS NO PATOLÓGICOS :

- ❖ **Duelo anticipado:** Es el que ocurre cuando existe una enfermedad que de cierta manera nos va anunciando de que va a haber una pérdida. Por lo tanto, el duelo anticipado nos permite de algún modo ir integrando la realidad de la pérdida.

- ❖ **Duelo traumático:** Aquellos que se producen por una muerte repentina e inesperada de una o varias personas (asesinatos, atentados, accidentes,...).

- ❖ **Duelo normal:** Este se refleja con la siguiente sintomatología: aturdimiento, dolor y malestar, sensación de debilidad, pérdida del apetito, culpa, negación y alucinaciones con el fallecido, entre otras.
- ❖ **Duelo ambiguo:** Es aquel en el que el círculo cercano no tiene la certeza de que el familiar en cuestión haya fallecido debido posiblemente a que no se haya encontrado el cuerpo ^[13] ^[24].

3.6.2 DUELO INADAPTADO [00301]:

En el campo de la enfermería, el diagnóstico *Duelo Inadaptado [00301]* se incluye en la clasificación de diagnósticos enfermeros (NANDA), que se utiliza para identificar a los pacientes que experimentan una respuesta disfuncional y prolongada a una pérdida significativa. Las personas que presentan un *duelo inadaptado* pueden presentar sentimientos de culpa, ira, negación, aislamiento y desesperanza, que pueden llegar a interferir en su capacidad para realizar actividades diarias, relacionarse con la sociedad y llevar unos hábitos de vida saludables. Algunos de los duelo que se identifican como “Inadaptados” son ^[25] ^[26] ^[27] :

- ❖ **Duelo intensificado o exagerado:** Presentan una extensión en el tiempo y sus síntomas se suelen identificar en el momento reciente de la muerte.
- ❖ **Duelo crónico:** Presenta una extensión en el tiempo, ya que es una manera de seguir manteniendo un vínculo con el fallecido a través del dolor.
- ❖ **Duelo inhibido o negado:** Suele aparecer en aquella persona que toma el control de la situación , no permitiéndose verse débil. Más tarde, esta persona podrá presentar un duelo normal.
- ❖ **Duelo desautorizado:** Este tipo de situaciones se dan cuando la pérdida que han sufrido no puede ser reconocida abiertamente, uno de los casos con más incidencia es el duelo perinatal.
- ❖ **Duelo enmascarado:** La persona evita presentar signos de duelo, enmascarándolos con enfermedades o dolencias.

3.7 PROCEDIMIENTO DE REVISIÓN

- Herramienta AGREE **[Anexo 1]** :

Las Guías de Práctica Clínica son recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible, con el objetivo de favorecer la toma de decisiones clínicas. Por otro lado, el instrumento AGREE surge ante la necesidad de evaluar las mismas guías.

Esta herramienta se diseñó en el 2003 por un grupo de investigadores encargados del desarrollo de las mismas por lo que decidieron plasmar a través 23 ítems contenidos en 6 Dominios (Dominio 1: Alcance y Objetivo, Dominio 2: Participaciones de los implicados, Dominio 3: Rigor en la elaboración, Dominio 4: Claridad en la presentación, Dominio 5: Aplicabilidad y Dominio 6: Independencia editorial), la mejor manera de llevarlo a cabo. El objetivo final de esta herramienta es evaluar la calidad de las guías, establecer la estrategia metodológica para las GPC, qué información y cómo debe de ser presentada. A su vez, todo ello se evalúa a través de una escala tipo Likert de 7 puntos (1= “muy en desacuerdo”, 7= “muy de acuerdo”). Para finalizar la revisión de las GPC con este instrumento se deben de volcar todas las calificaciones de los dominios independientemente en una ecuación matemática (**Figura 3**) para así obtener un porcentaje que nos indique el grado de utilidad y calidad de la misma ^[28].

$$\frac{\text{Puntuación obtenida} - \text{Puntuación mínima posible}}{\text{Puntuación máxima posible} - \text{Puntuación mínima posible}}$$

Figura 3 Fuente: AGREE II versión electrónica ^[28]

3. 8 DIFERENCIAS ENTRE EL AGREE ORIGINAL Y EL AGREE II

El documento AGREE original fue publicado en el 2003 con el objetivo de proporcionar una herramienta que evaluara de manera fiable la calidad de las guías. Aun así, como todo documento de evaluación debería de adaptarse a futuras necesidades de adaptación y mejora. De ésta manera se creó el AGREE II, que cuenta con modificaciones principalmente en la escala de valoración (previamente escala de 4 puntos, actualmente escala de 7 puntos). Por otro lado, algunos criterios fueron eliminados, algunos restantes que sufrieron modificaciones en la redacción o redistribuidos en otros dominios y otros incorporados nuevos ^[29].

3. 9 NIVELES DE EVIDENCIA Y GRADOS DE RECOMENDACIÓN

NIVELES DE EVIDENCIA	
1++	Metanálisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo.
1+	Metanálisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgos.
1-	Metanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgos.
2++	Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o de casos y controles. Estudios de cohortes o de casos y controles con riesgo muy bajo de sesgo y con alta probabilidad de establecer una relación causal.
2+	Estudios de cohortes o de casos y controles bien realizados con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal.
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo y riesgo significativo de que la relación no sea causa
3	Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos.
4	Opinión de expertos.

TABLA 2. Fuente: elaboración propia ^[30]

GRADOS DE RECOMENDACIÓN	
A	Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 1+ y con gran concordancia entre ellos.
B	Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2++, directamente aplicable a la población diana de la guía y que demuestran gran concordancia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 1++ o 1+.
C	Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2+ directamente aplicable a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2++.
D	Evidencia científica de nivel 3 o 4; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2+.

TABLA 3. Fuente: elaboración propia ^[30]

4. METODOLOGÍA

Para la elaboración de este trabajo de investigación, la metodología escogida fue una revisión bibliográfica integrativa ^[31]. Este tipo de revisión nos permitirá sintetizar y actualizar la información publicada en los últimos diez años tomando de punto de partida la última revisión publicada (Cochrane, 2013) ^[32].

En la primera fase de este procedimiento todos los documentos fueron filtrados mediante título, resumen y criterios de inclusión mencionados a continuación. Una vez hayan pasado este filtro, los documentos fueron evaluados de forma crítica mediante la herramienta AGREE II (Appraisal Of Guidelines For Research and Evaluation) ^[33].

Éste tipo de revisión difiere de los demás respecto a sus etapas de elaboración, siendo éstas: 1) formulación del problema, 2) recolección de datos, 3) evaluación de los datos obtenidos, 4) análisis de los datos y 5) interpretación de los resultados ^[34].

Se llevó a cabo a través de la formulación de la pregunta clínica con el formato PICO (**Tabla 4**) (Población, intervención a analizar, comparación y resultados), detallada en la Tabla.

P (Patient/Población)	Familias o individuos que han recibido el diagnóstico de feto fallecido intrauterino o cuyo recién nacido ha fallecido.
I (Intervention/Intervención a analizar)	Actuación de enfermería con cierto nivel de evidencia.
C (Comparison/Comparación)	No intervención o intervención con carencias.
O (Outcomes/Resultados)	Vivencia o instauración del duelo, evitando el duelo inadaptado, en las familias que han sufrido una pérdida perinatal.

TABLA 4. Fuente: elaboración propia

4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

- CRITERIOS DE INCLUSIÓN:
 - Guías de Práctica Clínica publicadas a partir del 2013.
 - Publicaciones en inglés y español.
 - GPC con texto completo de libre acceso.

- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:
 - Trabajos que no estén relacionados con el manejo y abordaje del duelo perinatal.

4.2 TÉRMINOS DE BÚSQUEDA

Para llevar a cabo la búsqueda bibliográfica en las diferentes bases de datos se utilizaron los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS) y los Medical Subject Headings (MeSH) (**Tabla 5**). De este modo se emplearon los mismo términos en la búsqueda alterando únicamente la posición de los operadores booleanos OR y AND.

LENGUAJE NATURAL	MeSH	DeCS	
		Español	Inglés
Guía de Práctica Clínica	Clinical Practice Guideline	Guía de Práctica Clínica	Practice Guideline
Muerte Perinatal	Perinatal Death	Muerte Perinatal	Perinatal Death
Duelo	Grief	Pesar	Grief
Embarazo	Pregnancy	Embarazo	Pregnancy
Mortinato	Stillbirth	Mortinato	Stillbirth
Aborto	Miscarriage	Aborto	Abortion
Duelo perinatal	Perinatal Grief	Duelo Perinatal	Perinatal Grief
Enfermería	Nursing	Enfermería	Nursing
Manejo	Case Management	Manejo de caso	Case Managment
Duelo materno	Bereavement	Aflicción	Bereavement

TABLA 5. Fuente: elaboración propia

4.3 ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

La búsqueda se realizó en las siguientes bases de datos de publicaciones académicas (**Tabla 6**): PubMed, Scielo, Dialnet, Medline, Cochrane y Scopus. La búsqueda se realizó a través del Punto Q, buscador de la Universidad de La Laguna y Google Académico.

Por otro lado, también se realizó una búsqueda intencionada en otras fuentes tales como: TripDatabase, NICE, GuiaSalud, eGuidelines, NHS Evidence y GuidelineCentral. De igual manera, se efectuó una búsqueda intencionada en la base de datos de “El hueco de mi vientre”, esta página se utiliza como una red de apoyo para familias en duelo perinatal contando con un apartado para profesionales de la salud que contiene Guías de Práctica Clínica, protocolos y artículos de investigación. Además, este recurso web cuenta con *Certificación Web de Interés Sanitario (WIS)* por medio de portalesmédicos.com.

Tabla 1. Algoritmo de decisión						
	Bases de datos	Palabras/ Modo de búsqueda	Resultados obtenidos	Textos seleccionados	Textos excluidos	Guías seleccionadas
Bases de datos no específicas de GPC	Scielo	GPC+ perinatal grief or perinatal loss	N=2	N=2	2: excluidos por ser artículos y tras la lectura de los títulos no corresponden con DP.	N=0
		GPC + stillbirth	N=0	N=0	N=0	N=0
	Dialnet	GPC +duelo perinatal	N=3	N=3	3: excluidos por ser artículos y tras la lectura de los títulos no corresponden con DP.	N=0
		GPC + muerte perinatal	N=13	N=13	3: eran duplicados de la búsqueda anterior. 6: excluidos por ser artículos no relacionados con el tema de DP. 4: no estaban relacionados con el tema a tratar.	N=0

	Medline	GPC + perinatal grief OR perinatal loss	N= 131	N=131	1: su versión completa no se encontraba disponible. 130: no estaban relacionadas con el tema a tratar o no eran Guías de Práctica Clínica.	N=0
	Scopus	GPC + perinatal grief OR perinatal loss	N= 86	N=86	1: no se encontraba disponible su versión completa. 30: no estaban relacionados con el tema a tratar. 55: no eran Guías de Práctica Clínica.	N=0
Bases de Datos específicas de GPC	TripData-base	GPC + perinatal grief OR perinatal loss	N= 93	N=93	6: se encontraban duplicados de las búsquedas anteriores. 2: no se encontraba disponible su versión completa. 2: eran anteriores a 2013. 82: no estaban relacionados con el tema a tratar.	N=1
	NICE	GPC + perinatal grief	N=0	N=0		N=0
		GPC + perinatal loss	N=15	N=15	15: no estaban relacionados con el tema a tratar.	N=0
	Guía Salud	GPC + duelo perinatal	N=0	N=0		N=0
		GPC + muerte perinatal	N=1	N=1	1: no estaba relacionado con el tema a tratar	N=0
	Guideline Central	GPC + perinatal grief	N=0	N=0		N=0
		GPC + perinatal death	N=2	N=2	2: no estaban relacionados con el tema a tratar	N=0
Búsqueda intencionada en otras fuentes	El hueco de mi Vientre	Duelo perinatal o Muerte perinatal	N=13	N=13	5: no estaban relacionadas con el tema a tratar 2: eran anteriores a 2013.	N=6

TABLA 6. Fuente: elaboración propia.

5. RESULTADOS

Tras la revisión bibliográfica realizada se seleccionaron un total de 7 Guías de Práctica Clínica (Tabla 7).

Guías de Práctica Clínica incluidas en la revisión			
Orden de GPC por año de publicación	GPC seleccionadas	País de origen/ Año de publicación	Institución
GPC 1	Guía de Duelo Gestacional y Neonatal para Profesionales ^[35] . [2.1]	España, Madrid 2021	Dirección General de Humanización y Atención al Paciente. Consejería de Sanidad.
GPC 2	PAMMEI: Guía de Abordaje Integral a las Personas en proceso de Duelo Gestacional y Neonatal ^[36] . [2.2]	Argentina, Neuquén 2021	Gobierno de la Provincia de Neuquén. Ministerio de Salud
GPC 3	Clinical Practice Guideline for Care around Stillbirth and Neonatal Death (Sección 1, 2 y 3) ^[37] . [2.3]	Australia y Nueva Zelanda, 2020	Perinatal Society of Australia and New Zealand (PSANZ). Stillbirth and Neonatal Death Alliance (SANDA) Stillbirth Centre of Research Excellence.
GPC 4	Guía Para el Acompañamiento a las Familias en la Atención al Duelo Perinatal ^[38] . [2.4]	España, Madrid 2018	Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Salud Madrid.
GPC 5	Guía de Acompañamiento al Duelo Perinatal ^[39] . [2.5]	España, Cataluña 2016	Departamento de Salud de la Generalidad de Cataluña
GPC 6	Guía de Atención y Acompañamiento en la Muerte Gestacional Tardía ^[40] . [2.6]	España, Murcia 2016	Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (HCUVA). Servicio Murciano de Salud.
GPC 7	Guía de Atención Profesional a la Pérdida y el Duelo durante la Maternidad ^[41] . [2.7]	España, Extremadura 2015	Gobierno de Extremadura. Servicio Extremeño de Salud.

TABLA 7. Fuente: elaboración propia. Guías de Práctica Clínica sobre intervenciones y/o manejo del duelo perinatal.

Si bien la norma establece realizar la revisión al menos por pares, dado que se trata de un Trabajo de Final de Grado, se ha realizado por un único revisor bajo la supervisión del tutor. El proceso de revisión completo de cada Guía de Práctica Clínica se encuentra en el **Anexo 2**.

Los valores obtenidos para cada uno de los Dominios según la herramienta AGREE II de las Guías de Práctica Clínica escogidas se encuentran recogidas en la siguiente tabla (**Tabla 8**). Los dominios en el primer puesto de valoración fueron “Claridad de Presentación” y “Alcance y Objetivos” (ambos con un 8,1 de media), seguido por el Dominio “Participación de los Implicados” (7,8 de media). Asimismo, uno de los Dominios con peor valoración fue “Aplicabilidad” (3,7 de media). Por otro lado, el resto de dominios obtuvo una media de: “Rigor en la elaboración” (4,6 de media) e “Independencia” (6,6 de media).

DOMINIOS AGREE	GPC 1	GPC 2	GPC 3	GPC 4	GPC 5	GPC 6	GPC 7
Alcance y Objetivos	9	9	6	9	6	9	9
Participación de los implicados	9	6	9	7	9	6	9
Rigor en la elaboración	4	3	8	4	3	5	5
Claridad de presentación	9	8	10	9	7	7	7
Aplicabilidad	3	2	7	3	5	4	2
Independencia	6	6	10	6	6	6	6

TABLA 8. Fuente: elaboración propia. Evaluación crítica de la calidad de las GPC a través de la herramienta AGREE II

Teniendo en cuenta las valoraciones recogidas en la Tabla anterior según la pauta de medición establecida por la herramienta AGREE II, la GPC mejor valorada fue: "Clinical Practice Guideline for care around Stillbirth and Neonatal Death ", sobre el resto de Guías consultadas (**Tabla 9**).

Guías de Práctica Clínica	Valoración de Calidad Global	Recomendación para uso clínico
GPC 1: Guía de Duelo Gestacional y Neonatal para profesionales (Comunidad de Madrid)	66%	Sí (5)
GPC 2: Guía de Abordaje integral a las personas en proceso de Duelo Gestacional y Neonatal (PAMMEI)	56%	Sí (5)
GPC 3: Clinical Practice Guideline for care around Stillbirth and Neonatal Death	83%	Sí (8)
GPC 4: Guía para el Acompañamiento a las Familias en la Atención al Duelo Perinatal	66%	Sí (6)
GPC 5: Guía de Acompañamiento al Duelo Perinatal (Generalitat de Catalunya)	60%	Sí (5)
GPC 6: Guía de actuación y acompañamiento en la Muerte Gestacional Tardía (Región de Murcia)	62%	Sí (7)
GPC 7: Guía de Atención profesional a la Pérdida y el Duelo durante la maternidad	63%	Sí (5)

TABLA 9. Fuente: elaboración propia. Nivel de puntuación global obtenido por cada GPC con la herramienta AGREE II.

5.1 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA Y CUIDADOS DIRIGIDOS A LAS FAMILIAS EN EL ENTORNO HOSPITALARIO Y EN EL MOMENTO DEL ALTA

ENTORNO HOSPITALARIO	
5.1.1 COMUNICACIÓN DE LA NOTICIA	
Intervenciones	Guías dónde se recogen
<i>Presentarnos a los padres</i>	GPC 1, GPC 2, GPC 4, GPC 6, GPC 7
<i>Incorporar una postura de cercanía cuidado el lenguaje verbal y no verbal</i>	GPC 1, GPC 2, GPC 4, GPC 6, GPC 7
<i>Incorporar una postura de cercanía cuidado el lenguaje verbal y no verbal</i>	GPC 1, GPC 2, GPC 4, GPC 6, GPC 7
<i>Trasladar la noticia de manera sintetizada, de fácil comprensión y con un informe escrito</i>	GPC 1, GPC 2, GPC 3, GPC 4, GPC 6, GPC 7
<i>Priorizar la relación bebé-familia antes que la de paciente-hospital</i>	GPC 2, GPC 6
<i>Dirigimos hacia ambos</i>	GPC 1, GPC 2, GPC 3, GPC 4, GPC 6, GPC 7
<i>Realizar intervenciones para ayudar en el duelo de la pareja</i>	GPC 4, GPC 5, GPC 7
<i>Realizar intervenciones para ayudar en el duelo con los hijos</i>	GPC 1, GPC 4, GPC 5, GPC 7
<i>Realizar una escucha activa y empática</i>	GPC 1, GPC 2, GPC 3, GPC 4, GPC 6, GPC 7
<i>Realizar preguntas abiertas para valorar el nivel de conocimientos e información que poseen los padres sobre el proceso</i>	GPC 1, GPC 2, GPC 3, GPC 7
<i>Respetar los silencios</i>	GPC 1, GPC 2, GPC 6, GPC 7
<i>Normalizar la situación</i>	GPC 1, GPC 5, GPC 7
<i>Ofrecer la posibilidad de explicarles el motivo de la muerte</i>	GPC 1, GPC 3

<p><u>Explicarles sus opciones y apoyarlos:</u> Una vez comunicada la noticia, llega el momento de ofrecerles las opciones siempre y cuando los padres estén preparados para escucharlas, de no ser así se les ofrecerá el tiempo que estimen oportuno. Entre las opciones a plantear se encuentran el manejo de la lactogénesis, la implantación del plan de parto (en el caso de que lo tuviera), si no existiera el plan de parto dar total libertad y ofrecer analgesia en el caso de que así lo decidiera la madre. No obstante, intentar no enmascarar el dolor de la madre por la muerte de su hijo/hija con ayuda farmacológica, es un proceso totalmente normal y natural, además de beneficioso.</p>	<p>GPC 1, GPC 2, GPC 3, GPC 4, GPC 7</p>
--	--

Tabla 10. Fuente: elaboración propia.

ENTORNO HOSPITALARIO	
5.1.2 MOMENTO DEL PARTO	
Intervenciones	Guías donde se recogen
<i>Ofrecer la opción de parto vaginal como primera opción respetando las preferencias maternas o el plan de parto, siempre que sea posible</i>	GPC 1, GPC 2, GPC 4, GPC 7
<i>Implicar a los padres en el nacimiento de igual manera que en un parto normal</i>	GPC 4
<i>Dirigirse al bebé por su nombre</i>	GPC 1, GPC 2, GPC 3, GPC 4, GPC 5
<i>Explicar causa de la muerte</i>	GPC 3, GPC 7
<i>Evitar deshumanizar al bebé, tratándolo de igual manera que si estuviera vivo</i>	GPC 1, GPC 2, GPC 3, GPC 6

Tabla 11. Fuente: elaboración propia.

ENTORNO HOSPITALARIO	
5.1.3 POSPARTO INMEDIATO	
Intervenciones	Guías donde se recogen
<i>Procurar un ambiente íntimo, cuidado los detalles para el mayor confort posible</i>	GPC 1, GPC 2, GPC 3, GPC 4, GPC 5, GPC 6, GPC 7
<i>Liberar la estancia de objetos que puedan perturbar a los padres (objetos que impliquen que debiera haber un bebé)</i>	GPC 3, GPC 4
<i>Hacer saber a los padres que el equipo está presente pero discretamente</i>	GPC 4, GPC 6, GPC 7
<u>Fallecimiento de un bebé de embarazo múltiple:</u> Si se produjera el caso de que dentro de un embarazo múltiple uno de los bebés falleciera, se daría prioridad al atendimento del fallecido. El cuidado del otro bebé lo pueden realizar otros familiares presentes o incluso el mismo personal ya que el tiempo para estar con el mortinato es más reducido. De la misma manera, los padres pueden sentirse abrumados por la convergencia de la emoción de alegría y tristeza, esto es completamente normal y forma parte del proceso de duelo	GPC 1, GPC 2, GPC 4, GPC 7).
<i>Favorecer el contacto con el bebé</i>	GPC 1, GPC 2, GPC 3, GPC 4, GPC 5, GPC 6, GPC 7).
<u>Describir la apariencia del bebé:</u> cabe la posibilidad de que la apariencia del mismo no sea la esperada por diferentes causas (parto retardado lo que resulta en un estado de descomposición evolucionado del cuerpo, anomalías corporales o cuerpo correspondiente a edad gestacional temprana). En estos casos, el personal a cargo deberá de comunicarles primeramente que puede que la apariencia del bebé no sea la esperada y si ellos lo deciden se ahondará en la descripción de su hijo antes de que tomen su decisión, de esta manera se reducirá el impacto	GPC 1, GPC 3, GPC 4, GPC 7

<i>Sujetar al bebé cuando ofrezcamos a los padres si desean hacerlo</i>	GPC 1, GPC 3, GPC 4, GPC 5, GPC 7)
<i>Alentar a recopilar recuerdos:</i> se les aconsejará a los padres que intenten recopilar recuerdos como fotos, estampas o moldes de sus pies y manos, guardar la ropa que llevaba puesta al salir de paritorio (gorro, body, calcetines, manoplas, manta, etc.), aunque generalmente en los entornos hospitalarios disponen de “cajas de los recuerdos” donde se depositan todas las pertenencias del bebé durante su estancia	GPC 1, GPC 2, GPC 3, GPC 4, GPC 5, GPC 6, GPC 7
<i>En el caso de que surjan dudas sobre el procedimiento a seguir, ofrecer consejo sobre previos pacientes en la misma situación</i>	GPC 3, GPC 4
<i>Comunicarles la oportunidad de que les acompañen más familiares</i>	GPC 1, GPC 2, GPC 3
<i>Ofrecer la posibilidad de llevar a cabo ritos religiosos o culturales</i>	GPC 1, GPC 2, GPC 3, GPC 4, GPC 5

Tabla 12. Fuente: elaboración propia.

ENTORNO HOSPITALARIO	
5.1.4 TRÁMITES ADMINISTRATIVOS O BUROCRÁTICOS (REGISTRO CIVIL, AUTOPSIA, DONACIÓN DE ÓRGANOS, ENTIERRO O CREMACIÓN) (GPC 10)	
Intervenciones	Guías donde se recogen
<i>Ofrecer la posibilidad de realizar una autopsia</i>	GPC 1, GPC 3, GPC 5, GPC 6)
<i>Entregar el informe de la autopsia en persona y por escrito</i>	GPC 1, GPC 3, GPC 5, GPC 6
<i>Valorar la posibilidad de la donación de órganos</i>	GPC 5
<i>Valorar la posibilidad de realizar entierro o cremación, según la edad gestacional del bebé y/o los recursos de los padres</i>	GPC 1, GPC 2, GPC 4, GPC 5
<i><u>Registro Civil:</u> Para este proceso es necesario el Certificado de Defunción además de los nombres de los padres, fecha de nacimiento y defunción, lugar y nombre del bebé. Este se debe llevar a cabo previo al entierro y dentro de las 24 horas después de la defunción. En el caso de que la muerte sea postnatal se necesitará en certificado de nacimiento y el de defunción</i>	GPC 1, GPC 2, GPC 4, GPC 5, GPC 6
<i>Derecho a prestación de Maternidad y Paternidad según la edad gestacional del bebé en el momento del fallecimiento</i>	GPC 4, GPC 5, GPC 6

Tabla 13. Fuente: elaboración propia.

ENTORNO HOSPITALARIO	
5.1.5 LLEGADA A PLANTA	
Intervenciones	Guías donde se recogen
<i>Comunicar la situación al personal de planta</i>	GPC 1, GPC 2, GPC 4
<i>Habitación individual, y dentro de las posibilidades de la planta, lo más alejada posible de madres con bebés</i>	GPC 3
<i><u>Identificar la habitación:</u> Dentro de las instancias hospitalarias disponen de identificadores como mariposas violetas que se colgarán en la puerta de la habitación</i>	GPC 2, GPC 3
<i>Resolución de dudas que surjan en la llegada a planta por el personal sanitario encargado de este tipo de proceso de duelo</i>	GPC 2, GPC 7
<i>Aconsejarles e informarles sobre la inhibición de la lactogénesis (inhibición farmacológica o fisiológica)</i>	GPC 1, GPC 2, GPC 3, GPC 4, GPC 5, GPC 6

Tabla 14. Fuente: elaboración propia.

ENTORNO HOSPITALARIO Y ATENCIÓN PRIMARIA	
5.1.6 ALTA HOSPITALARIA	
Intervenciones	Guías donde se recogen
<i>Ayudar a desarrollar estrategias de afrontamiento efectivas como la relajación o meditación</i>	GPC 1
<i>Establecer metas realistas de recuperación</i>	GPC 1
<i>Establecer controles en su centro de Atención Primaria y seguimiento por parte de Ginecología y Obstetricia</i>	GPC 1, GPC 2, GPC 3, GPC 4, GPC 7
<i>Informar sobre recursos psicológicos y asociaciones de apoyo para el duelo perinatal</i>	GPC 1, GPC 2, GPC 3, GPC 4, GPC 5

Tabla 15. Fuente: elaboración propia.

5.2 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA DIRIGIDAS AL PERSONAL SANITARIO

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA DIRIGIDAS AL PERSONAL SANITARIO	
Intervenciones	Guías donde se recogen
<i>El personal debe de estar actualizado sobre el manejo del duelo perinatal con el fin de mejorar la atención a los pacientes</i>	GPC 1, GPC 6
<i>Procurar que no sea siempre el mismo profesional el que atiende a este tipo de procesos</i>	GPC 4, GPC 6
<i>Procurar que no sean atendidos nacimientos y defunciones a la vez por el mismo profesional</i>	GPC 4
<i>Crear un grupo de apoyo entre compañeros</i>	GPC 1, GPC 4, GPC 6
<i>Evitar la aparición del Síndrome del Quemado (Burnout) entre los profesionales a cargo de este tipo de procesos de duelo perinatal</i>	GPC 1, GPC 6

Tabla 16. Fuente: elaboración propia.

5.3 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA A EVITAR EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Anteriormente se han expuesto las intervenciones de enfermería que se deberían de llevar a la práctica clínica por los profesionales de enfermería según refieren las Guías de Práctica Clínica elegidas y consultadas para esta revisión. Sin embargo, también se han de plasmar aquellas intervenciones que NO se deberían de llevar a la práctica por el riesgo que conllevan respecto al proceso de duelo (**Tabla 17**).

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA A EVITAR EN LA PRÁCTICA CLÍNICA	
Intervenciones	Guías donde se recogen
Evitar hablar sobre un futuro embarazo	GPC 6, GPC 7
Evitar agilizar o quitarle importancia al proceso	GPC 1, GPC 4, GPC 7, GPC 6
Evitar culpabilizar	GPC 7
Evitar dirigirnos al hijo como “feto”	GPC 3, GPC 4
Evitar el lenguaje técnico o de difícil comprensión	GPC 3
Evitar decir que comprendemos por lo que están pasando sin haber pasado por una situación similar	GPC 4, GPC 7
Evitar desautorizar los sentimientos o el duelo	GPC 4, GPC 6, GPC 7
Evitar comprimir el pecho o sujetadores compresivos	GPC 1

Tabla 17. Fuente: elaboración propia

5.4 GRADOS DE EVIDENCIA ASIGNADOS A LAS INTERVENCIONES ENFERMERAS

En las Guías de Práctica Clínica consultadas para esta revisión no se han hallado niveles de evidencia ni grados de recomendación de las intervenciones. En esa misma línea, podemos encontrar que no se dispone de evidencia de los beneficios que presentan dichas propuestas a corto o largo plazo. Es por este motivo, por el que se denominarán como intervenciones generales para la práctica clínica.

5.5 INTERVENCIONES ENFERMERAS SEGÚN EL PERIODO GESTACIONAL

No se han podido encontrar diferencias en el tipo de cuidado brindado al núcleo familiar durante una pérdida producida en el primer, segundo o tercer trimestre. Toda la información obtenida ha sido hacia cuidados básicos y generales, sin hacer distinciones de las necesidades de los familiares dependiendo de en qué periodo gestacional se hallen.

6. FORTALEZAS Y LIMITACIONES

La fortaleza de este estudio reside en la metodología empleada, en la búsqueda exhaustiva realizada y en el empleo de una herramienta de lectura crítica para evaluar la calidad de los estudios recuperados.

La principal limitación del estudio es no haber realizado la revisión por pares al tratarse de un TFG, así como la dificultad para encontrar Guías de Práctica Clínica basadas en cuidados enfermeros hacia el duelo perinatal.

7. DISCUSIÓN

El fallecimiento de un hijo/a durante el embarazo, parto o en los primeros días de vida, es una de las pérdidas más invisibilizadas e incomprensidas de nuestra sociedad. Éste instituye un proceso muy complejo, ya que implica que el núcleo familiar se vea envuelto en uno de los procesos más dolorosos de su vida, el duelo perinatal.

El acceso a la mejor y más actualizada evidencia científica cobra especial importancia para mejorar la calidad y seguridad de la práctica enfermera en este ámbito. Es por ello que no sólo es importante la calidad metodológica en la elaboración de una Guía de Práctica Clínica si no que ésta ha de basarse en recomendaciones con elevado nivel de evidencia, tal y como mencionan Barea Mendoza JA et al (2017) ^[42].

Analizando desde el punto de vista metodológico con la herramienta AGREE II las GPC seleccionadas, llama la atención que si bien todas obtienen puntuación suficiente como para darlas por válidas, al analizarlas en detalle se observa que, a pesar de las buenas puntuaciones (ambos con 8,1 puntos) en los Dominios 1 y 4, “Alcance y objetivos” y “Claridad de presentación” respectivamente, fallan en el Dominio 5, “Aplicabilidad en el que obtienen solamente 3,7 puntos.

Estas puntuaciones obedecen a que en ellas se puede identificar con facilidad los objetivos, población y aspectos de salud que se pretende cubrir. Además, presentan facilidad para encontrar los apartados de interés en el texto al igual que claridad textual, para una mejor comprensión sin exceso de información con los apartados bien identificados. Sin embargo, las guías analizadas no presentan un proceso de difusión de los conocimientos óptimo hacia la transferencia de conocimientos para los profesionales

Por otro lado, aunque metodológicamente las GPC están correctamente formuladas, no cuentan con niveles de recomendación o evidencia que den respaldo a su contenido más allá de las opiniones de expertos, lo que dificulta validar la aplicación de las intervenciones recogidas en ellas en el ámbito profesional.

Se han encontrado pocos estudios que avalen las intervenciones enfermeras en el duelo perinatal, lo que dificulta poder establecer niveles de evidencia y grado de recomendación de las mismas. Esto refuerza la idea de que es importante trabajar en la implantación de las Guías y realizar nuevos estudios que permitan evaluar su impacto tanto a corto como a medio plazo.

En la revisión “Support for mothers, fathers and families after perinatal death” 2013 ^[32], se ofrecen una serie de recomendaciones en líneas generales cómo sujetar al bebé, fomentar los recuerdos o proporcionar soporte social. En dicha revisión sólo se incluye como afectado al entorno familiar, mientras que el personal sanitario que proporciona los cuidados también podría verse perjudicado. Es por esto, por lo que en esta revisión se desarrollan aquellas intervenciones dirigidas hacia el cuidado del personal sanitario.

En este trabajo se destaca el hecho de que sólo una de las Guías de Práctica Clínica, se dirija hacia el personal encargado de realizar los cuidados básicos hacia las familias afectadas. Sólo una de ellas, desarrolla intervenciones para orientarlos a ellos en cómo cuidar a sus pacientes, y en cómo cuidarse a ellos mismo como seres individuales. Tal y como menciona Castro Tradón MA (2018) ^[43], la atención de este tipo de procesos complicados por el personal sanitario podría perjudicarlos negativamente, debido a una falta de herramientas de afrontamiento y a una deficiencia en su formación. Asimismo, Valenzuela et al (2020) ^[44], reiteran la necesidad de contar con una red de apoyo para profesionales, fomento de diálogos abiertos y de compartir enseñanzas desde la experiencia de otros profesionales, entre otros. Por otro lado, Morales LJ et al (2021) ^[45], resaltan que se debe de contemplar primero las repercusiones o dificultades que puedan surgir en el equipo profesional, antes de transmitir la noticia a las familias. Todas estas pautas, sugieren un incremento de intervenciones dirigidas hacia los propios proveedores de cuidados con el objetivo de que los profesionales disfruten de un adecuado estado de salud.

Al igual que las Guías proporcionan instrucciones sobre los pasos a seguir en este proceso complejo, también cobra importancia aquellas recomendaciones que sirvan a los profesionales para saber qué no deben hacer, aspecto que en la revisión de Cochrane no se ve reflejado.

En esta revisión y tras el análisis de 7 Guías, se han podido recoger y organizar intervenciones enfermeras abarcando desde el entorno hospitalario (comunicación de la noticia hasta recomendaciones al alta hospitalaria), además de intervenciones dirigidas hacia el propio profesional, intervenciones a evitar e intervenciones según el periodo gestacional.

En cuanto a la posibilidad de reunir las intervenciones diferenciadas según el periodo gestacional, no se han encontrado estudios que avalen esta perspectiva. Es por esto, por lo que se propone como línea de investigación, ya que este aspecto podría significar una intervención más integral e individualizada a las madres y familias según en el periodo gestacional en el que se produzca su pérdida.

Durante la realización de esta revisión se ha observado que éste es un tema de gran importancia y sensibilidad en el ámbito de la salud, además, de constatar la escasez de Guías de Práctica Clínica y la variabilidad de las mismas respecto a los cuidados enfermeros en el duelo perinatal.

8. CONCLUSIONES

Tras la revisión realizada de las 7 Guías de Práctica Clínica seleccionadas para esta revisión, se ha elaborado un compendio con las recomendaciones más actualizadas en lo relativo a los cuidados enfermeros hacia el duelo perinatal. Con el propósito de que pueda ser de utilidad para los profesionales de la salud implicados en este ámbito.

Los resultados obtenidos han indicado una falta de información en varios aspectos del proceso de duelo como: implicación de la figura paterna, intervenciones a evitar en la práctica clínica, cuidado hacia los profesionales y el fomento de la relación “bebé-familia” antes que “paciente-hospital”, entre otros. Se ha descubierto que no existen Guías de Práctica Clínica que presenten unas directrices claras en el manejo y la intervención de la muerte perinatal, con niveles de recomendación asignados a las intervenciones propuestas.

Se considera necesaria una mayor investigación y estudios que avalen las intervenciones enfermeras y su impacto a corto y largo plazo con el fin de mejorar la asistencia a las familias atendiendo a los requerimientos emocionales, culturales, religiosos, holísticos, espirituales y psicológicos del entorno familiar doliente y su efecto y beneficio a largo plazo. Al igual que se podría ahondar en investigaciones sobre las diferencias que existen entre el aborto, duelo gestacional y duelo perinatal, en lo que atañe a las intervenciones a realizar con la familia.

En conclusión, se estima que el mejor tipo de atención que un personal sanitario puede llegar a ofrecer a las familias en duelo, es a través de una buena base de conocimientos fiables, actualizados y rigurosos. Aunque, no cabe olvidar que existe un factor extrínseco al laboral y ese es el de la enfermería como una profesión empática, comprensiva y humana.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Irvin G, L. HELPING FAMILIES COPE WITH PERINATAL LOSS [Internet] The Global Library of Women's Medicine (glowm.com) [citado el 16 de Abril de 2023] Disponible en:
<https://www.glowm.com/section-view/heading/helping-families-cope-with-perinatal-loss/item/417#>
2. Martos López IM, Sánchez Guisado MM, Guedes Arbelo C. DUELO POR MUERTE PERINATAL, UN DUELO DESAUTORIZADO. [Internet] Revista Española en Comunicación en Salud (e-revistas.uc3m.es) [citado el 16 de Abril de 2023] Disponible en: <https://e-revistas.uc3m.es/index.php/RECS/article/view/3454>
3. Cala MLP. DUELO POR MUERTE PERINATAL.NECESIDAD DE UNA ATENCIÓN DIFERENCIAL E INTEGRAL [Internet]. Archivos de Medicina (Manizales). 2019 [citado 7 enero 2021]. Disponible en: <https://revistasum.umanizales.edu.co/ojs/index.php/archivosmedicina/article/view/2853/4848>
4. Gandino G, Bernaudo A, Di Fini G, Vanni I, Veglia F. HEALTHCARE PROFESSIONALS' EXPERIENCES OF PERINATAL LOSS: A SISTEMATIC REVIEW [Internet] National Library of Medicine (nih.gov) [citado el 16 de Abril de 2023] Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28810447/>
5. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. GUÍA DE ASISTENCIA EN LA MUERTE PERINATAL [internet] sego.es [citado el 16 de Abril de 2023] Disponible en:
https://sego.es/documentos/progresos/v64-2021/n3/04-Guia_de_asistencia_en_la_muerte_perinatal.pdf
6. Mathai M, Roos N, Gholbuzairi K, Allanson E, Boderscova L, Costello A, Durán P, Mannava P, Muriithi A, Raina N, Weber M, Were W. PARA QUE CADA BEBÉ CUENTE. AUDITORÍA Y EXAMEN DE LAS MUERTES PRENATALES Y NEONATALES [Internet] Organización Mundial de la Salud (who.int) [citado el 16 de Abril de 2023] Disponible en: [Para que cada bebé cuente - World Health Organization \(WHO\)https://apps.who.int › rest › bitstreams › retrieve](https://apps.who.int/rest/bitstreams/retrieve)

7. Umamanita. TIPOS DE PÉRDIDA Y MUERTE PERINATAL [Internet] umamanita.es [citado el 16 de Abril de 2023] Disponible en: <https://www.umamanita.es/tipos-de-perdida-embarazo-muerte-perinatal/>
8. CLASIFICACIÓN DEL ABORTO [Internet] msdmanuals.com [citado el 16 de Abril de 2023] Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/multimedia/table/clasificación-del-aborto>
9. Metz TD, Snipe Berry R, Fretts RC, Reddy UM, Turrentine MA. MANAGEMENT OF STILLBIRTH [internet] American College of Obstetricians and Gynecologists (acog.org) [citado el 16 de Abril de 2023] Disponible en: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/obstetric-care-consensus/articles/2020/03/management-of-stillbirth>
10. LO QUE DEBES SABER SOBRE LAS MUERTES FETALES [Internet] Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (unicef.org) [citado el 16 de Abril de 2023] Disponible en: <https://www.unicef.org/es/historias/lo-que-debes-saber-sobre-las-muertes-fetales>
11. MUERTE PRENATAL [Internet] Organización Mundial de la Salud (who.int) [citado el 16 de Abril de 2023] Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/stillbirth#tab=tab_1
12. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA [Internet] ine.es [citado el 16 de Abril de 2023] Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1699>
13. Cabodevilla, I. LAS PÉRDIDAS Y SUS DUELOS [Internet] scielo.isciii.es [citado el 16 de Abril de 2023] Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000600012
14. Flórez, SD. DUELO [Internet] Anales del Sistema Sanitario de Navarra (recyt.fecyt.es) [citado el 16 de Abril de 2023] Disponible en: <https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/5545>
15. Bourgeois, ML. LE DEUIL, CLINIQUE ET PATHOLOGIE [Internet] excerpts.numilog.com [citado el 16 de Abril de 2023] Disponible en: <https://excerpts.numilog.com/books/9782307152125.pdf>

16. López García de Madinabeitia, AP. DUELO PERINATAL: UN SECRETO DENTRO DE UN MISTERIO [Internet] scielo.isciii.es [citado el 16 de Abril de 2023] Disponible en:
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352011000100005
17. García Martínez C, Yagüe Frías A. DUELO PERINATAL [Internet] rudeira.uclm.es [citado el 16 de Abril de 2023] Disponible en:
<https://ruidera.uclm.es/xmlui/bitstream/handle/10578/352/1999-10.pdf>
18. Alvarado García, R. MUERTE PERINATAL Y EL PROCESO DE DUELO [Internet] pediatria.gob.mx [citado el 16 de Abril de 2023] Disponible en:
<http://repositorio.pediatria.gob.mx:8180/bitstream/20.500.12103/1381/1/ActPed2003-053.pdf>
19. Maciejewski PK, Zhang B, Block SD. AN EMPIRICAL EXAMINATION OF THE STAGE THEORY OF GRIEF [Internet] jamanetworking.com [citado el 16 de Abril de 2023] Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/205661>
20. Martos López IM, Sánchez Guisado MM, Guedes Arbelo C. DUELO POR MUERTE PERINATAL, UN DUELO DESAUTORIZADO [Internet] pdfs.semanticscholar.org [citado el 16 de Abril de 2023] Disponible en:
<https://pdfs.semanticscholar.org/3630/2e120d74969b2d88b4e8f94d6f1d8eb4f0e3.pdf>
21. Umamanita. PROYECTO REGISTRO CIVIL [Internet] umamanita.es [citado el 16 de Abril de 2023] Disponible en:
<https://www.umamanita.es/registro-civil-ley-muerte-fetal/>
22. LEY DE 8 DE JUNIO DE 1957 SOBRE EL REGISTRO CIVIL. BOE-A-2011-12628 [Internet] Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado (boe.es) [citado el 16 de Abril de 2023] Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1957-7537>
23. Martín Martín, M. DUELO PERINATAL [Internet] fmae.es [citado el 16 de Abril de 2023] Disponible en:
<http://www.fmae.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/7e040f14-0bea-421f-b327-440fe67f3617/c6375835-5e32-4e8c-9419-4438be7efc5d/6fe7eed3-fa6d-449b-b2ce-dd7b5e844ce6/5.-DUELOPERINATAL.pdf>

24. Vargas Solano, RE. DUELO Y PÉRDIDA [Internet] scielo.isciii.es [citado el 16 de Abril de 2023] Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152003000200005
25. Duelo Inadaptado [00301] (NNNConsult) [internet] nnnconsult.com [citado el 23 de Abril de 2023] Disponible en: <https://www-nnnconsult-com.accedys2.bbt.k.ull.es/nanda/301>
26. Martínez Esquivel D, García Hernández AM. CARACTERIZACIÓN DE PERSONAS DOLIENTES QUE MANIFIESTAN DUELO INADAPTADO [Internet] riull.ull.es [citado el 22 de Abril de 2023] Disponible en: https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/32195/CRE_%2002%20%282022%29_08.pdf?sequence=1
27. Tejero Vidal L, Barea Millán S. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL ABORDAJE DEL DUELO PERINATAL SEGÚN LA TEORÍA DEL DUELO DISFUNCIONAL. CASO CLÍNICO [Internet] sciencedirect.com [citado el 23 de Abril de 2023] Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862122001681>
28. Brouwers MC, Brownman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Davis D, Feder G, Fervers B, Graham I, Grimshaw J, Hanna SE, Kho ME, Littlejohns P, Makarski J, Zitzelsberger L, Cárcamo C, Jiménez Gutiérrez C, Marín León I, Mengual Gil JM, Pardo Turriago R, Psicoya A, Rico Iturrioz R, Romero Alonso A, Torres M. INSTRUMENTO AGREE II: INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA (Consortio Mayo 2009) [Internet] agreetrust.org [citado el 19 de Abril de 2023] Disponible en: https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/06/AGREE_II_Spanish.pdf
29. Flórez Gómez ID, Montoya DC. LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA Y EL INSTRUMENTO AGREE II [Internet] scielo.org [citado el 16 de Abril de 2023] Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502011000300014

30. NIVELES DE EVIDENCIA Y GRADOS DE RECOMENDACIÓN DE SIGN (SCOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK) [Internet] portal.guiasalud.es [citado el 13 de Abril de 2023] Disponible en: <https://portal.guiasalud.es/egpc/lupus-niveles/>
31. MANEJO DEL DUELO: ¿CUÁLES SON LAS ETAPAS DEL DUELO? [Internet] manejudelduelo.com [citado el 16 de Abril de 2023] Disponible en: <https://manejudelduelo.com/etapas-del-duelo-segun-elizabeth-kubler-ross/>
32. Guirao Goris Silamani J. Adolf. UTILIDAD Y TIPOS DE REVISIÓN DE LITERATURA (2015) [Internet] scielo.isciii.es [citado el 16 de Abril de 2023] Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2015000200002#:~:text=Una%20revisión%20integradora%20presenta%20un.modelo%20conceptual%20que%20una%20respuesta.
33. Brouwers M, Bowman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Davis D, Feder G, Graham I, Grimshaw J, Hanna SE, Kho ME, Littlejohns P, Makarski J, Zitzelsberger L. INSTRUMENTO AGREE II. INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA [Internet] agreetrust.org [citado el 16 de Abril de 2023] Disponible en: https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/06/AGREE_II_Spanish.pdf
34. Koopmans L, Wilson T, Cacciatore J, Flenady V. SUPPORT FOR MOTHERS, FATHERS AND FAMILIES AFTER PERINATAL DEATH [Internet] Cochrane Library (cochranelibrary.com) [citado el 16 de Abril de 2023] Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000452.pub3/full?highligh>

35. Awad Parada Y, Díaz de Neira Hernando M, Ferreiro Pérez MP, Folgar Erades L, Galindo Laguna A, Gómez-Ulla Astray PA, González Alonso N, Laborda López C, López-Riobóo Moreno E, Martín Jiménez L, Martínez Serrano P, Martino Alba R, Muñoz Labián C, Navarro Ortega C, Palacios Alzaga GQ, Pastor Magro E, Polo Fernández N, Ramos Casado MV, Rubio Muñoz S, Sánchez de la Morena C, Sánchez Fuentes C, Sánchez Rivas EB, Tarrat Fierros B, Vegazo Sánchez E, Zamora Laguna G. GUÍA DE DUELO GESTACIONAL Y NEONATAL PARA PROFESIONALES (Comunidad de Madrid) [Internet] redelhuecodemivientre.es [citado el 11 de Abril de 2023] Disponible en: <https://www.redelhuecodemivientre.es/wp-content/uploads/Gu%C3%ADa-de-Duelo-Gestacional-y-Neonatal-Madrid.pdf>
36. Bernardo G, Castillo D, García L, Betancur M, Bravo A. PAMMEI: GUÍA DE ABORDAJE INTEGRAL A LAS PERSONAS EN PROCESO DE DUELO GESTACIONAL Y NEONATAL [Internet] redelhuecodemivientre.es [citado el 11 de Abril de 2023] Disponible en: <https://www.redelhuecodemivientre.es/wp-content/uploads/GUIA-DUELO-NEUQUEN.pdf>
37. Flenady V, Oats J, Gardener G, Masson V, McCowan L, Kent A, Tudehope D, Middleton P, Donnelly N, Boyle F, Horey D, Ellwood D, Gordon A, Sinclair L, Humphrey M, Zucollo J, Dahlstrom J, Mahomed K, Henry S, Khong Y. CLINICAL PRACTICE GUIDELINE FOR CARE AROUND STILLBIRTH AND NEONATAL DEATH [Internet] tripdatabase.com [citado el 11 de Abril de 2023] Disponible en: <https://stillbirthcre.org.au/wp-content/uploads/2021/03/Clinical-Practice-Guidelines-for-Care-Around-Stillbirth-and-Neonatal-Death2-2.pdf>
38. Herreros Esteve M, Palacios Alzabs GQ, Magro Pastor EM. GUÍA PARA EL ACOMPAÑAMIENTO A LAS FAMILIAS EN LA ATENCIÓN AL DUELO PERINATAL (Comunidad de Madrid) [Internet] redelhuecodemivientre.es [citado el 11 de Abril de 2023] Disponible en: <https://www.redelhuecodemivientre.es/wp-content/uploads/Guia-de-Atención-al-Duelo-Perinatal.pdf>

39. Llaboré Fábregas M, López García S, Guasch Marí M, Martín Ancel A, Pi-Sunyer Peyri T, Rueda García C, Valls Puente E. GUÍA DE ACOMPAÑAMIENTO AL DUELO PERINATAL (Generalitat de Catalunya) [Internet] redelhuecodemivientre.es [citado el 11 de Abril de 2023] Disponible en: https://www.redelhuecodemivientre.es/wp-content/uploads/duelo_perinatal-Cataluña.pdf
40. Soto Hierro V, Rodríguez Portilla NE, Martínez Rojo C, Rubio Alacid S, Martínez Román C. GUÍA DE ATENCIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO EN LA MUERTE GESTACIONAL TARDÍA (Región de Murcia) [internet] redelhuecodemivientre.es [citado el 11 de Abril de 2023] Disponible en: <https://www.redelhuecodemivientre.es/wp-content/uploads/Guia-duelo-perinatal-MURCIA.pdf>
41. Santos Redondo P, Al Adib Mendiri M, Yáñez Otero A. GUÍA DE ATENCIÓN PROFESIONAL A LA PÉRDIDA Y EL DUELO DURANTE LA MATERNIDAD (Gobierno de Extremadura) [Internet] redelhuecodemivientre.es [citado el 11 de Abril de 2023] Disponible en: <https://www.redelhuecodemivientre.es/wp-content/uploads/guia-duelo-extremadura-web.pdf>
42. Barea Mendoza JA, WENSING M, Rovira Fons J, Quecedo Gutiérrez L, Del Llano Señarís JE, Gol-Montserrat J, Pi Corrales G, Hidalgo Bricio A. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA: CLARIFICAR Y MEJORAR SU IMPLEMENTACIÓN [Internet] fundaciongasparcasal.org [citado el 29 de Abril de 2023] Disponible en: <https://fundaciongasparcasal.org/wp-content/uploads/2021/02/Guias-de-practica-clinica-Clarificar-y-mejorar-su-implementacion.pdf>
43. Castro Tardón MD. ANÁLISIS DEL IMPACTO DE LA MUERTE Y LA ATENCIÓN AL DUELO PERINATAL EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA [Internet] uvadoc.uva.es [citado el 19 de Abril de 2023] Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/30472/TFG-H1237.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

44. Valenzuela MT, Bernales M, Jaña P. DUELO PERINATAL: PERSPECTIVAS DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD [Internet] scielo.cl [citado el 19 de Abril de 2023] Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262020000300281&script=sci_arttext&lng=pt
45. Morales LJ, Rusca IF. DAR MALAS NOTICIAS: LA MUERTE CUANDO SE ESPERA LA VIDA. UNA MIRADA SISTEMÁTICO SOBRE EL DUELO GESTACIONAL Y PERINATAL Y EL PROCESO DE COMUNICACIÓN DE LA MUERTE POR PARTE DEL EQUIPO SANITARIO [Internet] asiba.org [citado el 19 de Abril de 2023] Disponible en: <https://asiba.org/index.php/asiba/article/view/98>

ANEXOS

Anexo 1: Dominios de la herramienta AGREE II.

Item del AGREE original	Item del AGREE II
Dominio 1. Alcance y Objetivo	
1. El(los) objetivo(s) general(es) de la guía está(n) específicamente descrito(s).	Sin cambios.
2. El(los) aspecto(s) clínico(s) cubierto(s) por la guía está(n) específicamente descrito(s).	El(los) aspecto(s) de salud cubierto(s) por la guía está(n) específicamente descrito(s).
3. Los pacientes a quienes se pretende aplicar la guía están específicamente descritos.	La población (pacientes, público, etc.) a la cual se pretende aplicar la guía está específicamente descrita.
Dominio 2. Participación de los implicados	
4. El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes.	Sin cambios.
5. Se han tenido en cuenta los puntos de vista del paciente y sus preferencias.	Se han tenido en cuenta los puntos de vista de la población diana (pacientes, público, etc.).
6. Los usuarios diana de la guía están claramente definidos.	Sin cambios.
7. La guía ha sido probada entre los usuarios diana.	Ítem suprimido. Incorporado en la descripción del ítem 19 de la guía del usuario.
Dominio 3. Rigor en la elaboración	
8. Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia.	Sin cambios en el ítem. Renumerado como 7.
9. Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad.	Sin cambios en el ítem. Renumerado como 8. NUEVO Ítem 9. Las fortalezas y limitaciones del conjunto de la evidencia están claramente descritas.
10. Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos.	Sin cambios.
11. Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos.	Sin cambios.
12. Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan.	Sin cambios.
13. La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación.	Sin cambios.
14. Se incluye un procedimiento para actualizar la guía.	Sin cambios.
Dominio 4. Claridad de la presentación	
15. Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas.	Sin cambios.
16. Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición se presentan claramente.	Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición de salud se presentan claramente.
17. Las recomendaciones clave son fácilmente identificables.	Sin cambios.
Dominio 5. Aplicabilidad	
18. La guía se apoya con herramientas para su aplicación.	La guía proporciona consejo y/o herramientas sobre cómo las recomendaciones pueden ser llevadas a la práctica. Y cambio de dominio (de Claridad de la Presentación) y renumerado como 19.
19. Se han discutido las barreras organizativas potenciales a la hora de aplicar las recomendaciones.	La guía describe factores facilitadores y barreras para su aplicación. Y cambio en el orden –renumerado como 18.
20. Han sido considerados los costes potenciales de la aplicación de las recomendaciones.	Se han considerado las posibles implicaciones de la aplicación de las recomendaciones, sobre los recursos.
21. La guía ofrece una relación de criterios clave con el fin de realizar monitorización y/o auditoría.	La guía ofrece criterios para monitorización y/o auditoría.
Dominio 6. Independencia editorial	
22. La guía es editorialmente independiente de la entidad financiadora.	Los puntos de vista de la entidad financiadora no han influido en el contenido de la guía.
23. Se han registrado los conflictos de intereses de los miembros del grupo de desarrollo.	Se han registrado y abordado los conflictos de intereses de los miembros del grupo elaborador de la guía.

Anexo 2: Análisis de las Guías de Práctica Clínica seleccionadas según la herramienta AGREE II.

Anexo 2.1: Guía de Duelo Gestacional y Neonatal para Profesionales (Comunidad de Madrid)

MÉTODO DE REVISIÓN AGREE (1)		
GUÍA DE DUELO GESTACIONAL Y NEONATAL PARA PROFESIONALES (COMUNIDAD DE MADRID)		
ALCANCE Y OBJETIVO	ÍTEM 1	<ul style="list-style-type: none"> - Impulsar la humanización de la asistencia prestada por todos los profesionales que atienden a los padres y familia ante situaciones de duelo gestacional y neonatal en las distintas unidades hospitalarias, centros de especialidades periféricas, centros de salud y emergencias extra- hospitalarias. - Mejorar la salud de los progenitores y sus familias contribuyendo de manera respetuosa a la elaboración de su duelo tras una muerte gestacional y neonatal. - Abordar la situación por parte del equipo multidisciplinar para proporcionar una asistencia de calidad.
	ÍTEM 2	El aspecto de salud cubierto por esta Guía comprende el acompañamiento al duelo perinatal por parte del personal sanitario. Puesto que el proceso de acompañamiento del duelo es susceptible de mejorarse por unas adecuadas intervenciones enfermeras.
	ÍTEM 3	Mujeres que hayan sufrido una muerte perinatal en los últimos 5 años.
PARTICIPACIÓN DE LOS IMPLICADOS	ÍTEM 4	<ul style="list-style-type: none"> - Awad Parada, Yumana. (Técnico de Apoyo de la Gerencia de Cuidados) - Díaz de Neira Hernando, Mónica. (Psicóloga Clínica.) - Ferreiro Pérez, M^a Pilar. (Matrona) - Folgar Erades, Laureano. (Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecología) - Galindo Laguna, Araceli. (Psicóloga Clínica) - Gómez-Ulla Astray, Pilar Amelia. (Red El hueco de mi vientre) - GonzálezAlonso, Nuria. (Médico de familia) - Laborda López, Carmen. (Federación Española de Enfermedades Raras) - López-Riobóo Moreno, Elena. (Fundación Síndrome de Down de Madrid) - Martín Jiménez, Luis. (Pediatra. Unidad de cuidados paliativos pediátricos).

		<ul style="list-style-type: none"> - Martínez Serrano, Paloma. (Jefa de Estudios de la Unidad Docente de Matronas) - Martino Alba, Ricardo. (Jefe de Sección de la Unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos) - Muñoz Labián, Carmen. (Jefe de Sección de Neonatología) - Navarro Ortega, Cristina. (Enfermera) - Palacios Alzaga, Graciela Quiteria. (Matrona) - Pastor Magro, Eva. (Matrona) - Polo Fernández, Noelia. (Médico de Familia) - Ramos Casado, M^a Victoria. (Médico Adjunto. UCI Pediátrica). - Rubio Muñoz, Sara. (Obstetra) - Sánchez de la Morena, Carmen. (Enfermera) - Sánchez Fuentes, Carmen. (Técnico de Apoyo de la Gerencia de Cuidados) - Sánchez Rivas, Eva Belén. (Trabajadora Social) - Tarrat Fierros, Belén. (Psicóloga especializada en psicooncología, duelo y pérdidas) - Vegazo Sánchez, Esmeralda. (Psicóloga Clínica) - Zamora Laguna, Gloria. (Psicóloga Clínica)
	ÍTEM 5	A lo largo de toda la GPC se han tenido en cuenta los puntos de vista y preferencias de las pacientes y sus familiares.
	ÍTEM 6	Todos los profesionales que puedan intervenir en un proceso con resultado de duelo gestacional y neonatal, en todos los hospitales, centros de especialidades periféricas, centros de salud del SERMAS y profesionales de Emergencias extrahospitalarias en la Comunidad de Madrid SUMMA 112.
RIGOR EN LA ELABORACIÓN	ÍTEM 7	Metodología de trabajo grupal, realizando una evaluación de las actividades que se realizan en los centros dependientes del Servicio Madrileño de Salud, lectura crítica de bibliografía combinada y convocatoria de reuniones periódicas que facilitan el consenso, mediante la participación activa de los profesionales.
	ÍTEM 8	No se menciona.
	ÍTEM 9	No se menciona.
	ÍTEM 10	No se menciona.
	ÍTEM 11	En la mayoría de las recomendaciones han sido mencionadas los efectos secundarios, beneficios y riesgos.
	ÍTEM 12	Todas las recomendaciones están citadas con respecto a la bibliografía utilizada.
	ÍTEM 13	No se menciona.
	ÍTEM 14	No se menciona.

CLARIDAD DE PRESENTACIÓN	ÍTEM 15	Las recomendaciones son específicas.
	ÍTEM 16	En las recomendaciones se abarcan la mayoría de opciones posibles según el momento de la etapa de duelo.
	ÍTEM 17	Las recomendaciones clave se encuentran subrayadas y en tablas o gráficas.
APLICABILIDAD	ÍTEM 18	No se menciona.
	ÍTEM 19	Al final del documento se encuentran formularios tanto como para los pacientes como para el servicio que implante la guía.
	ÍTEM 20	No se menciona.
	ÍTEM 21	No se menciona.
INDEPENDENCIA EDITORIAL	ÍTEM 22	No se menciona.
	ÍTEM 23	No se menciona.

Anexo 2.2: PAMMEI. Guía de Abordaje integral a las personas en proceso de Duelo Gestacional y Neonatal

MÉTODO DE REVISIÓN AGREE (2)		
PAMMEI: GUÍA DE ABORDAJE INTEGRAL A LAS PERSONAS EN PROCESO DE DUELO GESTACIONAL Y NEONATAL		
ALCANCE Y OBJETIVO	ÍTEM 1	Ofrecer abordaje integral a la persona gestante/padres y familia durante el proceso de duelo gestacional y neonatal, con intervenciones adecuadas y oportunas que favorezcan el duelo saludable y mejoren la calidad de atención en los efectores de salud de la Provincia de Neuquén.
	ÍTEM 2	Sí, se describen en las páginas 12-18.
	ÍTEM 3	Persona gestante/padres y familia que atraviese un proceso de pérdida gestacional-neonatal en un efector de salud de la Provincia de Neuquén.
PARTICIPACIÓN DE LOS IMPLICADOS	ÍTEM 4	<ul style="list-style-type: none"> - Graciela Bernardo (Obstetra) - Débora Castillo (Psicóloga) - Liliana García (Trabajadora social) - Marcela Betancur (Enfermera) - Ariela Bravo (Enfermera).
	ÍTEM 5	No se menciona.
	ÍTEM 6	Todo el personal de la salud que sea del proceso de atención y cuidados de la persona gestante/neonato, padres y su familia que asistan al parto/ cesárea de una muerte fetal o muerte neonatal.
RIGOR EN LA ELABORACIÓN	ÍTEM 7	No se menciona.
	ÍTEM 8	No se menciona.
	ÍTEM 9	No se menciona.
	ÍTEM 10	No se menciona.
	ÍTEM 11	No se menciona.
	ÍTEM 12	Todas las recomendaciones están citadas con respecto a la bibliografía utilizada.
	ÍTEM 13	<ul style="list-style-type: none"> - Maria Inés Martínez (Tocoginecóloga) - Ivana Mato (Neonatóloga) - Patricia Bautista (Enfermera neonatal) - Marcela Olivero (Médica Bioética) - Mercedes Moglia (Dra. Ciencias Sociales) - Celeste Muntaner (Tocoginecóloga)

		- María Andrea García Medina (Psicóloga)
	ÍTEM 14	No se menciona.
CLARIDAD DE PRESENTACIÓN	ÍTEM 15	Sí
	ÍTEM 16	Sí
	ÍTEM 17	Sí, se encuentran en las tablas al final de cada apartado.
APLICABILIDAD	ÍTEM 18	No se menciona.
	ÍTEM 19	Sí
	ÍTEM 20	No se menciona.
	ÍTEM 21	No se menciona.
INDEPENDENCIA EDITORIAL	ÍTEM 22	No se menciona.
	ÍTEM 23	No se menciona.

Anexo 2.3: Clinical Practice Guideline For Care Around Stillbirth and Neonatal Death

MÉTODO DE REVISIÓN AGREE (3)		
CLINICAL PRACTICE GUIDELINE FOR CARE AROUND STILLBIRTH AND NEONATAL DEATH		
ALCANCE Y OBJETIVO	ÍTEM 1	<ul style="list-style-type: none"> - Asegurar las mejores prácticas en Australia y Nueva Zelanda alrededor del tiempo de la muerte perinatal para así mejorar la atención de la maternidad y el recién nacido para los padres y familiares en proceso de duelo (Sección 1). - Mejorar la calidad de los datos en las causas de mortinato y muerte neonatal a través de apropiada investigación, auditoría y clasificación (Sección 1). - Ayudar a los padres a entender el porqué ocurrió la muerte y asistir en una futura planeación de embarazo (Sección 2). - Mejorar la calidad del cuidado que reciben los padres después de la muerte de su hijo/a después del parto o en el periodo neonatal (Sección 2). - Reducir los mortinatos y las muertes neonatales a través de la mejora de la práctica clínica e informando sobre investigación apropiada a través de la conducta de investigaciones apropiadas, epidemiología y vigilancia de la salud y comparaciones regionales/internacionales (Sección 2). - Asistir en la implementación de la auditoría como una herramienta para una mejora de la calidad en general (Sección 2) - Ayudar a los profesionales de la salud y a los servicios de maternidad a proveer el mejor cuidado posible a las mujeres y familiares que se han enfrentado a la muerte de un bebé antes o justo después de su nacimiento(Sección 3).
	ÍTEM 2	El aspecto de salud cubierto por esta Guía comprende el acompañamiento al duelo perinatal por parte del personal sanitario. Puesto que el proceso de acompañamiento del duelo es susceptible de mejorarse por unas adecuadas intervenciones enfermeras.
	ÍTEM 3	No se menciona.
PARTICIPACIÓN DE LOS IMPLICADOS	ÍTEM 4	<ul style="list-style-type: none"> - Vicki Flenady and Jeremey Oats (co-líderes) - Gardener G - Masson Vicki - McCowan Lesley - Kent A

		<ul style="list-style-type: none"> - Tudehope David - Middleton P - Donnolley N - Boyle F - Horey D - Ellwood D - Gordon A - Sinclair L - Humphrey M - Zuccollo J - Dahlstrom J - Mahomed K - Henry S - Khong Y
	ÍTEM 5	A lo largo de toda la GPC se han tenido en cuenta los puntos de vista y preferencias de las pacientes y sus familiares.
	ÍTEM 6	El público objetivo de ésta GPC son los profesionales de la salud que brindan atención materna y neonatal en los hospitales de Australia y Nueva Zelanda.
RIGOR EN LA ELABORACIÓN	ÍTEM 7	No se menciona.
	ÍTEM 8	Esta GPC ha sido desarrollada por la Perinatal Society of Australia and New Zealand Perinatal Mortality (PSANZ-PMG). Se ven reflejados los métodos sistemáticos de búsqueda en las páginas 282-292. Se realizaron búsquedas en La Biblioteca Cochrane, MEDLINE y CINAHL.
	ÍTEM 9	Se describen los criterios como la búsqueda con los términos: muerte fetal, desperdicio fetal, mortalidad perinatal, muerte perinatal, mortinato y mortalidad neonatal. Los términos de búsqueda genéricos se combinaron con términos específicos de la sección, incluidos los siguientes: revisión, auditoría, clasificación, investigación, guía, protocolo, pruebas, explor* rural, no metropolitano, extensión, aislamiento, información, folletos, panfletos, padres, madres, padres, profesionales, enfermeras, parteras, médicos, pediatría, neonatología, duelo, duelo, emociones, cuidado, psicológico, funerario, social, subóptimo, subestándar, estándares, inadecuado, cumplimiento, gestión, HBA1c, prueba de tolerancia a la glucosa, GTT, Glucemia en ayunas.
	ÍTEM 10	Los métodos de recomendación se basaron en un consenso por el grupo de trabajo después de la revisión de la información disponible y los niveles de evidencia no se ven reflejados en la guía. (pág 289).
	ÍTEM 11	En la mayoría de las recomendaciones han sido mencionadas los efectos secundarios, beneficios y riesgos.

	ÍTEM 12	Todas las recomendaciones están citadas con respecto a la bibliografía utilizada.
	ÍTEM 13	Esta GPC fue revisada por el Mater Mothers' Reasearch Center. En la segunda revisión 2008/2009 el Perinatal Society of Australia and New Zealand Perinatal Mortality (PSANZ-PMG) colaboró con Australia and New Zealand Stillbirth Alliance (ANZSA). Para la tercera revisión 2017, el PSANZ trabajó en conjunto con el NHMRC.
	ÍTEM 14	A lo largo de toda la guía se habla de actualizaciones y dan paso indirectamente para que ésta se siga realizando.
CLARIDAD DE PRESENTACIÓN	ÍTEM 15	Alrededor de las secciones de este trabajo se encuentran tablas con recomendaciones específicas.
	ÍTEM 16	En cada apartado se mencionan las diferentes recomendaciones con las opciones disponibles para éstas.
	ÍTEM 17	Cada apartado presenta tablas con sus recomendaciones más importantes.
APLICABILIDAD	ÍTEM 18	Al final del trabajo se adjuntan tipos de formularios, reportes, etc. que pueden ayudar a su implantación en cualquier unidad sanitaria puesto que solo precisa de ser rellenado con los datos del paciente propuestos.
	ÍTEM 19	No se menciona.
	ÍTEM 20	Se menciona la necesidad de tener un grupo de apoyo al duelo, especialistas en lactancia, especialistas metabólicos y educar al personal en el cuidado del duelo.
	ÍTEM 21	Sí, se ofrece relación de criterios con las recomendaciones.
INDEPENDENCIA EDITORIAL	ÍTEM 22	La guía fue financiada por el Colegio Real de Obstetras y Ginecólogos de Australia y Nueva Zelanda.
	ÍTEM 23	No se menciona.

Anexo 2.4: Guía para el Acompañamiento a las familias en la Atención al Duelo Perinatal

MÉTODO DE REVISIÓN AGREE (4)		
GUÍA PARA EL ACOMPAÑAMIENTO A LAS FAMILIAS EN LA ATENCIÓN AL DUELO PERINATAL		
ALCANCE Y OBJETIVO	ÍTEM 1	<ul style="list-style-type: none"> - Facilitar y orientar a los profesionales sanitarios en la atención y el acompañamiento en el duelo a aquellas familias que sufren una muerte perinatal y/o neonatal a partir de las 25 semanas de gestación, en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón (HUFA). - Normalizar los cuidados que deben proveer los profesionales que atienden a familias con una pérdida perinatal y/o neonatal a partir de las 25 semanas de gestación. - Reforzar y desarrollar las habilidades necesarias de los profesionales sanitarios implicados en la atención al duelo perinatal, para proporcionar herramientas y recursos a las familias, que les permitan vivir un duelo con normalidad y poder recuperar posteriormente su bienestar físico, psíquico y emocional.
	ÍTEM 2	El aspecto de salud cubierto por esta Guía comprende el acompañamiento al duelo perinatal por parte del personal sanitario. Puesto que el proceso de acompañamiento del duelo es susceptible de mejorarse por unas adecuadas intervenciones enfermeras.
	ÍTEM 3	Familias que hayan sufrido una muerte perinatal y/o neonatal a partir de las 25 semanas de gestación, en el HUFA.
PARTICIPACIÓN DE LOS IMPLICADOS	ÍTEM 4	<ul style="list-style-type: none"> - Herreros Esteve, Mercedes (Matrona) - Palacios Alzaba, Graciela Q. (Matrona) - Pastor Magro, Eva M^a (Matrona)
	ÍTEM 5	No se menciona.
	ÍTEM 6	Profesionales del HUFA que intervienen en un proceso con desenlace de muerte perinatal a partir de la semana 25 de gestación.
RIGOR EN LA ELABORACIÓN	ÍTEM 7	No se menciona.
	ÍTEM 8	No se menciona.
	ÍTEM 9	No se menciona.
	ÍTEM 10	No se menciona.
	ÍTEM 11	En la mayoría de las recomendaciones han sido mencionadas los efectos secundarios, beneficios y riesgos.
	ÍTEM 12	Todas las recomendaciones están citadas con respecto a la bibliografía utilizada.

	ÍTEM 13	<ul style="list-style-type: none"> - Adiedo Burgos, Begoña (Jefa de proyecto de obstetricia) - Alcalá del Olmo, Angeles (Médico de Familia) - Berbel León, Susana (Médico de Familia) - Cediel Altares, Cirila (Matrona) - Coto Ortega, Maria Victoria (Enfermera) - De la Fuente Hermosín, Inés (Responsable de Centros DAO) - González Casado, M^a Almudena (Matrona)
	ÍTEM 14	No se menciona.
CLARIDAD DE PRESENTACIÓN	ÍTEM 15	Las recomendaciones son específicas.
	ÍTEM 16	En las recomendaciones se abarcan la mayoría de opciones posibles según el momento de la etapa de duelo.
	ÍTEM 17	Las recomendaciones clave se encuentran subrayadas y en tablas o gráficas.
APLICABILIDAD	ÍTEM 18	No se menciona.
	ÍTEM 19	Al final del trabajo se encuentran recursos para el duelo y se mencionan grupos de apoyo. También encontramos escalas y protocolos de actuación.
	ÍTEM 20	No se menciona.
	ÍTEM 21	La guía si ofrece criterios para la monitorización pero no se mencionan criterios de auditoría.
INDEPENDENCIA EDITORIAL	ÍTEM 22	No se menciona.
	ÍTEM 23	No se menciona.

Anexo 2.5: Guía de Acompañamiento al Duelo Perinatal (Generalitat de Catalunya)

MÉTODO DE REVISIÓN AGREE (5)		
GUÍA DE ACOMPAÑAMIENTO AL DUELO PERINATAL (GENERALITAT DE CATALUNYA)		
ALCANCE Y OBJETIVO	ÍTEM 1	Ofrecer la información escrita necesaria que pueda facilitar la toma de decisiones y las gestiones y, por lo tanto, que ayude en la medida de lo posible en la vivencia de la experiencia.
	ÍTEM 2	El aspecto de salud cubierto por esta Guía comprende el acompañamiento al duelo perinatal por parte de los mismos miembros de la familia o el personal sanitario. Puesto que se ha percibido una necesidad por la población de instaurar guías de apoyo.
	ÍTEM 3	No se menciona específicamente.
PARTICIPACIÓN DE LOS IMPLICADOS	ÍTEM 4	<ul style="list-style-type: none"> - Maria Llaboré Fàbregas (Servicio de Ginecología y ObstetriciaFundación de Gestión Sanitaria del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau) - Sílvia López García (Atención de la Salud Sexual y Reproductiva (ASSIR) Instituto Catalán de la Salud. Parque de Salud Mar) - Maria Marí Guasch. (BCNatal, centro de medicina materno-fetal y neonatal. Hospital Clínic y Hospital Sant Joan de Déu. Universidad de Barcelona) - Ana Martín Ancel (Unidad de Neonatología. BCNatal, centro de medicina materno-fetal y neonatal. Hospital Sant Joan de Déu y Hospital Clínic. Universidad de Barcelona) - Teresa Pi-Sunyer Peyri (Unidad de Medicina Materno-fetal y Servicio de Neonatología del Hospital Materno-infantil de la Vall d'Hebron) - Carolina Rueda García (Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital del Mar de Barcelona. Parque de Salud Mar) - Ester Valls Puente. (BCNatal, centro de medicina materno-fetal y neonatal. Hospital Clínic y Hospital Sant Joan de Déu. Universidad de Barcelona)
	ÍTEM 5	Sí, se plasma un apartado centrado en el testimonio de pacientes.
	ÍTEM 6	Madres y padres que sufren la muerte de un hijo en el momento en que esperaban conocerlo, cuidarlo y disfrutar con ilusión y afecto. Indirectamente, puede ser de utilidad para los familiares y las amistades que también sufren su ausencia.
RIGOR EN LA	ÍTEM 7	No se menciona.

ELABORACIÓN	ÍTEM 8	No se menciona.
	ÍTEM 9	No se menciona.
	ÍTEM 10	No se menciona.
	ÍTEM 11	En la mayoría de las recomendaciones han sido mencionadas los efectos secundarios, beneficios y riesgos.
	ÍTEM 12	No se mencionan.
	ÍTEM 13	<ul style="list-style-type: none"> - Francesc Figueras Retuerta (BCNatal, centro de medicina materno-fetal y neonatal. Hospital Clínic y Hospital Sant Joan de Déu. Universidad de Barcelona) - Olga Gómez del Rincón (BCNatal, centro de medicina materno-fetal y neonatal. Hospital Clínic y Hospital Sant Joan de Déu. Universidad de Barcelona) - José Manuel Rodríguez Miguélez (BCNatal, centro de medicina materno-fetal y neonatal. Hospital Clínic y Hospital Sant Joan de Déu. Universidad de Barcelona) - Susana Rodríguez Pradera (Hospital del Mar. Parque de Salud Mar) - Martín Iriondo Sanz (Servicio de Neonatología. BCNatal, centro de medicina materno-fetal y neonatal. Hospital Sant Joan de Déu y Hospital Clínic. Universidad de Barcelona) - Glòria Labay Rodríguez (Atención de la Salud Sexual y Reproductiva (ASSIR) Barcelona. Centro de Atención Primaria Roger de Flor) - Elena Carreras Moratonas (Servicio de Obstetricia y Ginecología Reproductiva. Hospital Vall d'Hebron) - Laura Espart Herrero. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Arnau de Vilanova) - Santiago Bosch Arbusé (Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Santa Caterina) - Maria Jesús Ribes Farré (Atención de la Salud Sexual y Reproductiva (ASSIR) Terres de l'Ebre. Centro de Atención Primaria Baix Ebre) - Umamanita (Asociación de apoyo a la muerte perinatal y neonatal) - Las madres y los padres que han revisado este documento, por sus aportaciones.
ÍTEM 14	No se menciona.	
CLARIDAD DE PRESENTACIÓN	ÍTEM 15	Las recomendaciones mencionadas en la guía son específicas, ya que están divididas en apartados según el capítulo de etapa de duelo que

		escojamos.
	ÍTEM 16	En las recomendaciones se abarcan la mayoría de opciones posibles según el momento de la etapa de duelo y según en el momento de despedida que se encuentren (Cuando vuestro hijo ha muerto antes de nacer, Decisión de interrumpir legalmente el embarazo y Cuidados paliativos perinatales).
	ÍTEM 17	No son fácilmente identificables.
APLICABILIDAD	ÍTEM 18	Se aconseja optar con profesionales especializados en duelo perinatal en los hospitales para que la familia en cuestión pueda resolver sus dudas sobre el proceso y para realizar un seguimiento de la familia en el momento del alta.
	ÍTEM 19	Al final del trabajo se encuentran recursos para el duelo y se mencionan grupos de apoyo.
	ÍTEM 20	No se menciona.
	ÍTEM 21	No se menciona.
INDEPENDENCIA EDITORIAL	ÍTEM 22	No se menciona.
	ÍTEM 23	No se menciona.

**Anexo 2.6: Guía de Actuación y Acompañamiento en la muerte Gestacional Tardía
(Región de Murcia)**

MÉTODO DE REVISIÓN AGREE (6)		
GUÍA DE ACTUACIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO EN LA MUERTE GESTACIONAL TARDÍA (REGIÓN DE MURCIA)		
ALCANCE Y OBJETIVO	ÍTEM 1	<ul style="list-style-type: none"> - Contribuir a la mejora de la salud de las mujeres y sus familias, proporcionando unos cuidados de calidad y favoreciendo el desarrollo de un duelo normal tras una muerte gestacional tardía en el HCUVA. - Proporcionar herramientas a los profesionales sanitarios para facilitar el acompañamiento a las mujeres y sus familias ante una muerte gestacional tardía en la maternidad del HCUVA. - Sensibilizar sobre la muerte superando los tabúes culturales y emocionales elaborados en torno a la muerte perinatal.
	ÍTEM 2	Sí, se encuentran plasmadas en la guía las recomendaciones comunes dirigidas a los profesionales de la salud (pág 12-15) y las recomendaciones específicas dirigidas a los profesionales en la muerte gestacional tardía (19-24).
	ÍTEM 3	Esta guía tiene como población diana a las mujeres y familias que pasen por un proceso de muerte fetal a partir de las 22 semanas de gestación, aunque también se pueden aplicar en muertes que se produzcan en cualquier semana de gestación.
PARTICIPACIÓN DE LOS IMPLICADOS	ÍTEM 4	<ul style="list-style-type: none"> - Veronica Soto Hierro (Matrona) - Natalia Emilia Rodríguez Portilla (Matrona) - Carmen Martínez Rojo (Matrona) - Sonia Rubio Alacid (Matrona) - Concepción Martínez Román (Matrona)
	ÍTEM 5	No se menciona.
	ÍTEM 6	Los usuarios diana de esta guía son las mujeres y familias que estén atravesando un proceso de duelo por muerte fetal a partir de las 22 semanas.
RIGOR EN LA ELABORACIÓN	ÍTEM 7	Se realizaron búsquedas bibliográficas en las bases de datos más relevantes biomédicas; Medline, Cochran, Chinal, y en bases de datos de psicología como PSYKE, Psicodoc, PsycINFO y PsycCritiques. Los descriptores empleados en inglés y castellano fueron: perinatal death; stillbirth; grief, grief perinatal/ Muerte perinatal; Mortinato; duelo; duelo perinatal (traducidos en Decs). Se consultaron las Guías sobre duelo perinatal más actuales así como páginas web especializadas, Documentos de Sociedades científicas como la Sociedad Española de

		Ginecología y Obstetricia (SEGO) y documentos elaborados por el Ministerio de Sanidad y el Instituto Nacional de Estadística (INE), así como literatura especializada.
	ÍTEM 8	Los criterios de inclusión fueron el idioma (español e inglés) y la fecha de publicación posterior al año 2000 (aunque en libros y textos legales se amplió el rango).
	ÍTEM 9	No se menciona.
	ÍTEM 10	Los métodos utilizados para la elaboración de la guía fueron: trabajo grupal, reuniones de consenso, lectura crítica y reflexiva y cierre del documento.
	ÍTEM 11	No se menciona.
	ÍTEM 12	Todas las recomendaciones están citadas con respecto a la bibliografía utilizada.
	ÍTEM 13	No se menciona.
	ÍTEM 14	El equipo de trabajo se plantea al cierre de esta guía, aspectos a incluir en un futuro que la refuercen y consoliden como un acercamiento al área perinatal e infantil para extender estos cuidados y planteamientos a niños fallecidos en nuestras maternidades y sus familias y al resto de la Región de Murcia. A su vez nos proponemos hacer un seguimiento del cumplimiento de la guía en el área de Parto y quizá en un futuro plantear trabajos de enfoque cualitativo a través de encuestas telefónicas de seguimiento a las mujeres atendidas para acercarnos a ellas desde sus propias percepciones y experiencias tal así como las visiones de los profesionales que asisten en el parto.
CLARIDAD DE PRESENTACIÓN	ÍTEM 15	Sí
	ÍTEM 16	Sí
	ÍTEM 17	Sí
APLICABILIDAD	ÍTEM 18	Sí
	ÍTEM 19	Sí
	ÍTEM 20	No se menciona.
	ÍTEM 21	No se menciona.
INDEPENDENCIA EDITORIAL	ÍTEM 22	No se menciona.
	ÍTEM 23	No se menciona.

Anexo 2.7: Guía de Atención Profesional a la Pérdida y el Duelo durante la Maternidad

MÉTODO DE REVISIÓN AGREE (7)		
GUÍA DE ATENCIÓN PROFESIONAL A LA PÉRDIDA Y EL DUELO DURANTE LA MATERNIDAD.		
ALCANCE Y OBJETIVO	ÍTEM 1	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborar una guía de actuación para todo el SES que unifique la atención al duelo y a la pérdida por muerte en la maternidad/paternidad. - Facilitar a los profesionales la atención sanitaria dirigida a aquellos padres y madres que sufren una muerte en la gestación o neonatal. - Sensibilizar sobre la trascendencia de la muerte gestacional y neonatal a pesar de los tabúes culturales. - Proporcionar recursos y conocimientos acerca del proceso de duelo. - Favorecer el duelo normal de los padres y su entorno con la mejora del trato y apoyo del personal sanitario. - Reducir la prevalencia de trastornos derivados de duelos crónicos y patológicos. - Potenciar la autonomía de la mujer y su papel en la toma de decisiones relacionadas con su proceso de duelo.
	ÍTEM 2	Sí, se mencionan en las páginas 80-81.
	ÍTEM 3	Familias que estén pasando por el proceso de duelo perinatal.
PARTICIPACIÓN DE LOS IMPLICADOS	ÍTEM 4	<ul style="list-style-type: none"> - Pedro Santos Redondo (Matrón) - Miriam Al Adib Mendiri (Ginecóloga) - Ana Yáñez Otero (Psicóloga experta en duelo)
	ÍTEM 5	Sí, se plasma un apartado centrado en el testimonio de pacientes.
	ÍTEM 6	Los profesionales del área de la salud para ayudarlos en el proceso de atención al duelo
RIGOR EN LA ELABORACIÓN	ÍTEM 7	No se menciona.
	ÍTEM 8	No se menciona.
	ÍTEM 9	Se menciona el nivel de evidencia en todas las recomendaciones recogidas.
	ÍTEM 10	No se menciona.
	ÍTEM 11	En la mayoría de las recomendaciones han sido mencionadas los efectos secundarios, beneficios y riesgos.
	ÍTEM 12	Todas las recomendaciones están citadas con respecto a la bibliografía utilizada.

	ÍTEM 13	<ul style="list-style-type: none"> - Sara Jort y Diana Sánchez (Sociedad española de psicología perinatal) - Agustín Béjar (Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente) - Cheli Blasco, Jéscica Rodríguez y Patricia Álvarez (Asociación profesional de Matronas de Extremadura, El parto es Nuestro) - María Angels Claramunt (Foro Superando un Aborto-SUA-) - Ángela Müller y Marta Parra (Arquitectura de maternidades) - Belén Pardo (Mamá sin complejos) - María Isabel Tejero (Servicio de Atención al usuario, Mérida) - Vega Aceña (Logopeda) - Nieves Berjano (Obstetra) - Adelina Blasco (Matrona) - Reyes Moya (Matrona) - Virginia López (Matrona) - Manuel Portillo (Pediatra) - Pedro Sánchez (Matrona)
	ÍTEM 14	No se menciona.
CLARIDAD DE PRESENTACIÓN	ÍTEM 15	Sí.
	ÍTEM 16	Sí.
	ÍTEM 17	Sí.
APLICABILIDAD	ÍTEM 18	No se menciona.
	ÍTEM 19	Sí.
	ÍTEM 20	No se menciona.
	ÍTEM 21	No se menciona.
INDEPENDENCIA EDITORIAL	ÍTEM 22	No se menciona.
	ÍTEM 23	No se menciona.