



**Universidad
Europea** VALENCIA

Grado en ENFERMERÍA

Trabajo Fin de Grado

Intervención de enfermería ante la pérdida perinatal: una revisión bibliográfica

Presentado por: María Martínez Martínez

Tutor/es: Nerea Valles Murcia y Adalberto Asins Cubells.

Agradecimientos.

A mi madre Trini, por creer en mí cuando yo no lo hacía y ser un pilar en mi vida.

A mi padre Julio, por rezar por mí al santo sepulcro y darme esa fe que a veces me falta.

A mi hermano Julio, por ser el mayor regalo.

A mis amigas, por estar siempre.

A mi compañero de vida, Alberto, por darme fuerzas y amor incondicionalmente.

A mi Bobby, por ser la alegría de mi vida y mi fiel compañero.

Junio 2024

SOLICITUD DE VIABILIDAD PARA PRESENTACIÓN DEL TRABAJO FIN DE GRADO

A la atención del TUTOR/A:

D./Dña: **Adalberto Asins Cubells.**

El/La estudiante:

D./Dña: **María Martínez Martínez**

Solicita la autorización para la presentación del TRABAJO FIN DE GRADO **Intervención de enfermería ante la pérdida perinatal: una revisión bibliográfica**, remitiendo, junto a esta solicitud, el archivo correspondiente al TFG en formato electrónico.

(A cumplimentar por el TUTOR/A).

Se considera que este TRABAJO FIN DE GRADO,

ES VIABLE PARA SU EVALUACIÓN	X
NO ES VIABLE PARA SU PRESENTACIÓN	

(Rellenar únicamente en caso de que el tutor considere que el TFG NO es viable para su evaluación, alegando brevemente los motivos).

.....
-
.....
-
..... Valencia a 14 de Mayo de 2024.

Firma del/a tutor/a:

ADALBERTO ASINS CUBELLS Firmado digitalmente por ADALBERTO ASINS CUBELLS
Fecha: 2024.05.16 12:46:18 +02'00'

.....

CONFIRMACIÓN DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO FIN DE GRADO Y DE FIN DE MÁSTER

D/D.ª **María Martínez Martínez**, con nº de expediente **22046914** estudiante de Grado/Máster en **Enfermería CONFIRMA** que el Trabajo Fin de Grado/Máster titulado **Intervención de enfermería ante la pérdida perinatal: una revisión bibliográfica** es fruto exclusivamente de su esfuerzo intelectual, y que no ha empleado para su realización medios ilícitos, ni ha incluido en él material publicado o escrito por otra persona, sin mencionar la correspondiente autoría. En este sentido, confirma específicamente que las fuentes que haya podido emplear para la realización de dicho trabajo, si las hubiera, están correctamente referenciadas en el cuerpo del texto, en forma de cita, y en la bibliografía final.

Asimismo, declaro conocer y aceptar que de acuerdo a la Normativa de la Universidad Europea, el plagio del Trabajo Fin de Grado/Máster entendido como la presentación de un trabajo ajeno o la copia de textos sin citar su procedencia y considerándolos como de elaboración propia, conllevará automáticamente la calificación de "suspense" (0) tanto en convocatoria ordinaria como extraordinaria, así como la pérdida de la condición de estudiante y la imposibilidad de volver a matricular esta o cualquier otra asignatura durante 6 meses.

ESCUELA DE DOCTORADO E INVESTIGACIÓN DE LA UNIVERSIDAD EUROPEA DE MADRID

Fecha y firma: **14/05/2024**



Los datos consignados en esta confirmación serán tratados por el responsable del tratamiento, UNIVERSIDAD EUROPEA DE MADRID, S.L.U., con la finalidad de gestión del Trabajo Fin de Grado/Máster del titular de los datos. La base para el tratamiento de los datos personales facilitados al amparo de la presente solicitud se encuentra en el desarrollo y ejecución de la relación formalizada con el titular de los mismos, así como en el cumplimiento de obligaciones legales de UNIVERSIDAD EUROPEA DE MADRID, S.L.U. y el consentimiento inequívoco del titular de los datos. Los datos facilitados en virtud de la presente solicitud se incluirán en un fichero automatizado y mixto cuyo responsable es UNIVERSIDAD EUROPEA DE MADRID, S.L.U., con domicilio en la C/ Tajo s/n, Vilaviciosa de Odón. Asimismo, de no manifestar fehacientemente lo contrario, el titular consiente expresamente el tratamiento automatizado total o parcial de dichos datos por el tiempo que sea necesario para cumplir con los fines indicados. El titular de los datos tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, limitar su tratamiento, oponerse al tratamiento y ejercer su derecho a la portabilidad de los datos de carácter personal, todo ello de forma gratuita, tal como se detalla en la información completa sobre protección de datos en el enlace <https://universidadeuropea.es/proteccion-de-datos>.

RESUMEN

Introducción: La llegada de un bebé es un momento de gran felicidad, pero la pérdida perinatal puede sumir a las familias en un profundo dolor. Esta revisión explora esta experiencia desde diferentes perspectivas, analizando su impacto emocional, y el papel crucial del personal de salud en el proceso de duelo. Se busca proporcionar una comprensión más amplia de este tema y destacar la importancia de generar conciencia sobre él.

Objetivos: Fomentar cuidados de enfermería a las personas que han sufrido una pérdida perinatal en el ámbito hospitalario; Identificar las competencias y herramientas que tienen los profesionales que atienden el ámbito de la pérdida perinatal, generar conciencia en los profesionales que desarrollan su actividad en el área de la maternidad, visibilizar la realidad de la pérdida perinatal e informar de las herramientas que se disponen ante la pérdida perinatal.

Material y métodos: Se ha llevado a cabo una búsqueda en las bases de datos: Pubmed, Biblioteca Virtual de Salud, ScieceDirect, Dialnet y Scielo. Se han utilizado los descriptores DeCS: muerte perinatal, enfermería, padres, muerte fetal, enfermeras obstetricas y mortinato; Además de los MeSH: perinatal Death, nursing, parents, fetal death, nurse midwives, stillbirth y los términos: duelo y matrona.

Resultados: Se han incluidos 12 artículos de las bases de datos Pubmed, Biblioteca Virtual de Salud, ScieceDirect, Dialnet y Scielo.

Discusión: Se enfatiza la necesidad de empatía y competencia técnica entre los profesionales de la salud. Se destacan las preocupaciones sobre la falta de estándares de atención y la calidad variable de la atención perinatal. Se subraya la necesidad de aumentar las herramientas y el conocimiento de los profesionales de la salud para apoyar a las familias afectadas.

Conclusión: La atención compasiva y competente por parte del personal de salud es esencial para las familias que enfrentan una pérdida perinatal. Es imperativo aumentar la formación del personal de enfermería para garantizar una atención de alta calidad en esta situación tan desafiante. Reconocer la importancia de esta atención es fundamental para brindar un apoyo eficaz y centrado en el paciente durante el proceso de duelo, lo que contribuye significativamente al bienestar emocional y psicológico de las familias afectadas.

Palabras claves: Duelo, muerte perinatal, embarazo, cuidados de enfermería, tabú, pérdida, matrona y mortinato.

ABSTRACT

Background: The arrival of a baby is a time of great happiness, but perinatal loss can plunge families into deep grief. This review explores this experience from different perspectives, analyzing its emotional impact, and the crucial role of health personnel in the grieving process. It seeks to provide a broader understanding of this issue and to highlight the importance of raising awareness of it.

Objectives: To promote nursing care for people who have suffered a perinatal loss in the hospital setting; to identify the competencies and tools that professionals who deal with perinatal loss have, to raise awareness in the field of professionals who work in the maternity area, to make the reality of perinatal loss visible and to inform about the tools available in the face of perinatal loss.

Methods: A search was carried out in the following databases: Pubmed, Virtual Health Library, ScieceDirect, Dialnet and Scielo. The following DeCS descriptors were used: perinatal death, nursing, parents, fetal death, nurse midwives, stillbirth; in addition to the MeSH: perinatal death, nursing, parents, fetal death, nurse midwives, stillbirth and the terms: bereavement and midwife.

Results: 12 articles from the Pubmed, Virtual Health Library, ScieceDirect, Dialnet and Scielo databases.

Discussion: The need for empathy and technical competence among health professionals is emphasized. Concerns about the lack of standards of care and variable quality of perinatal care are highlighted. The need to increase the tools and knowledge of health professionals to support affected families is highlighted.

Conclusions: Compassionate and competent care by health care providers is essential for families facing perinatal loss. It is imperative to increase nursing staff training to ensure high quality care in this challenging situation. Recognizing the importance of this care is essential to provide effective, patient-centered support during the bereavement process, which contributes significantly to the emotional and psychological well-being of affected families.

Key Words: bereavement, perinatal death, pregnancy, nursing care, taboo, loss, midwife and stillbird

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Definiciones de mortalidad. adaptado de Lawn Je, Blencowe H, Pattinson R, Cousens S, Kumar R, Ibiebele I.....	7
Figura 2. Instituto Nacional de Estadística (2023). Tasa de Mortalidad Perinatal por comunidad autónoma según sexo.....	9
Figura 3. Estrategia de búsqueda Pubmed. Fuente de elaboración propia.	23
Figura 4. Estrategia de búsqueda BVS. Fuente de elaboración propia.....	23
Figura 5. Estrategia de búsqueda ScieDirect. Fuente de elaboración propia.....	23
Figura 6. Estrategia de búsqueda Dialnet. Fuente de elaboración propia.....	24
Figura 7. Estrategia de búsqueda Scielo. Fuente de elaboración propia.	24
Figura 8. Diagrama de flujo. Fuente de elaboración propia.....	27
Figura 9. Gráfico de los resultados de búsqueda de cada buscador. Fuente de elaboración propia.	28
Figura 10. Gráfico con los años de publicación. Fuente de elaboración propia.	28
Figura 11. Gráfico de artículos en función del país de realización. Fuente de elaboración propia.	29

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Religiones ante la muerte del feto. Fuente de elaboración propia.	11
Tabla 2. Desglose pregunta pico. Fuente de elaboración propia 20	20
Tabla 3. Descriptores DeCS y MeSH. Fuente de elaboración propia 22	22
Tabla 4. Artículos de otras búsquedas. Fuente de elaboración propia. 26	26
Tabla 5. Artículos seleccionados. Fuente de elaboración propia. 41	41

SÍMBOLOS Y SIGLAS.

CDC: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention en inglés).

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (United Nations Children's Fund en inglés).

INE: Instituto Nacional de Estadística

OMS: Organización Mundial de la Salud

SEGO: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia

DeCS: Descriptores en Ciencias de la Salud

MeSH: Medical Subject Headings

ÍNDICE

1.	<i>Introducción</i>	6
1.1.	La pérdida perinatal.....	6
1.1.1.	Definiciones en perinatología.....	6
1.1.2.	Epidemiología.....	8
1.1.3.	Etiología de la muerte perinatal y factores de riesgo asociados.....	9
1.1.4.	Aspectos socioculturales vinculados a la pérdida perinatal.....	10
1.1.5.	Aspectos legales vinculados a la pérdida perinatal.....	11
1.2.	El duelo perinatal.....	12
1.2.1.	Tipos de duelo perinatal según el tipo de pérdida.....	13
1.2.2.	Impacto psicológico y afrontamiento del duelo perinatal.....	14
1.2.3.	Factores que influyen en la adaptación del duelo perinatal.....	15
1.2.4.	Intervenciones sanitarias en el proceso de duelo perinatal.....	16
1.3.	Testimonios.....	16
1.4.	Justificación.....	18
2.	<i>Hipótesis y objetivos</i>	19
2.1.	Hipótesis.....	19
2.2.	Objetivo general.....	19
2.3.	Objetivos específicos:.....	19
3.	<i>Material y métodos</i>	19
3.1.	Tipo de estudio.....	19
3.1.1.	Diseño.....	20
3.1.2.	Pregunta de investigación.....	20
3.2.	Búsqueda bibliográfica.....	21
3.3.	Criterios de selección.....	21
3.3.1.	Criterios de inclusión.....	21
3.3.2.	Criterios de exclusión.....	21
3.3.3.	Palabras clave y descriptores.....	21
3.4.	Base de datos y estrategia de búsqueda.....	22
3.4.	Evaluación de la Calidad Metodológica.....	26
3.5.	Evaluación del Nivel de Evidencia.....	26
4.	<i>Resultados</i>	27
4.1.	Resultados de la búsqueda.....	27
4.2.	Descripción general de los resultados.....	28
4.	<i>Discusión</i>	42
5.	<i>Conclusiones</i>	48
6.	<i>Bibliografía</i>	49
7.	<i>Anexos</i>	53

1. Introducción

1.1. La pérdida perinatal.

El nacimiento de un hijo es un momento profundamente significativo en la vida de una familia. Desde el embarazo hasta el parto, se viven emociones de esperanza y entusiasmo, siempre con la expectativa de que todo saldrá bien. Sin embargo, lamentablemente, no todos los embarazos terminan como se anticipa. La pérdida de un hijo en este proceso implica no solo el dolor emocional inmediato, sino también la desaparición de sueños, expectativas, identidad, roles, esperanzas y planes para el futuro, generando una carga emocional adicional para los padres y la familia. (Hernández Sampayo, 2019).

El duelo y la muerte perinatal son dos conceptos diferentes. La muerte perinatal se refiere específicamente a la pérdida de un bebé durante el período perinatal, basada en criterios biológicos como las semanas de gestación o el peso al nacer. Por otro lado, el duelo perinatal se refiere a la respuesta emocional y social que experimentan los padres y otros involucrados ante esta pérdida, y no siempre coincide exactamente con la definición biológica. (Umamanita, 2009).

En el ámbito institucional, la muerte perinatal representa un desafío tanto para los padres que atraviesan la pérdida como para el personal de salud que está presente en el evento. Según la teoría de Kristen Swanson, el objetivo de la enfermería es proporcionar cuidado significativo a la mujer y su familia para ayudarles a aceptar la pérdida de un ser querido. El apoyo brindado por el personal de salud juega un papel importante en facilitar la aceptación de la pérdida y en el proceso de duelo. (Hernández Sampayo, 2019)

El 15 de octubre de cada año conmemoramos el Día Internacional de la Muerte Perinatal, que busca generar conciencia sobre la significativa pérdida de un bebé ocurrido durante el embarazo, el periodo neonatal o el primer año de vida. (Umamanita, 2023).

1.1.1. Definiciones en perinatología

La terminología perinatal ha cambiado con el tiempo. Pero, aunque existen directrices globales claras, existen muchas diferencias entre países y organizaciones.

El término de perinatología se define como la rama de la gineco-obstetricia que se ocupa del estudio de la anatomía y fisiología del feto desde la semana 28 del embarazo, hasta los 7 a 28 días después de su nacimiento, tiempo considerado como el período perinatal. (DeCS, 2020).

Mortalidad perinatal ampliada: incluye las muertes fetales desde la semana 28 o 22 de gestación, según países, y las muertes neonatales hasta los 28 días de vida. (SEGO, 2021).

Tasa de mortalidad perinatal: (número de defunciones perinatales al año / número total de nacimientos vivos o muertos) x 1.000. (SEGO, 2021).

Tasa de mortalidad neonatal: (número de niños nacidos vivos al año que fallecen antes de cumplir los 28 días de vida / número total de nacimientos vivos) x 1.000. (SEGO, 2021).

Muerte materna: fallecimiento de una mujer durante el embarazo o en el periodo de 42 días desde el final del embarazo. (SEGO, 2021),

Muerte fetal tardía: muerte de un feto > 1.000 g de peso y/o mayor de 28 semanas de gestación. (SEGO, 2021),

Muerte neonatal: se define como la muerte del nacido antes de los 28 días de vida. Se subdivide en muerte neonatal precoz, refiriéndose a las que ocurren en los primeros siete días de vida, y muerte neonatal tardía si acontece entre los días 8 y 27 tras el nacimiento. (SEGO, 2021).

Muerte perinatal: se define de forma diferente según distintos organismos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como el periodo que comprende desde las 28 semanas de gestación y la etapa neonatal hasta los 7 días de vida. (OMS, 2017).

Mortinato: bebé que muere después de 28 semanas de embarazo, pero antes del parto o durante este. (OMS, 2017).

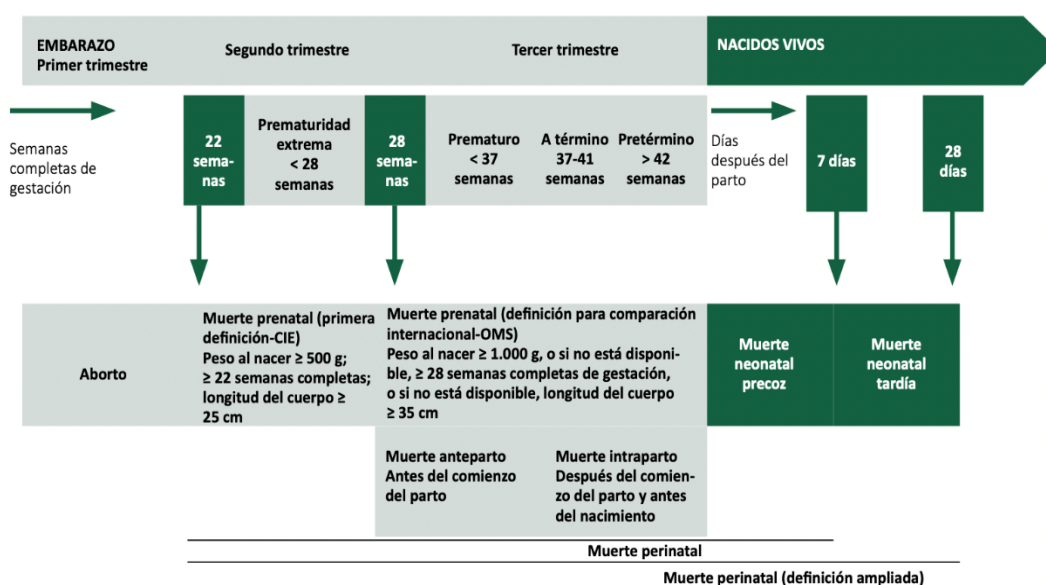


Figura 1: Definiciones de mortalidad. adaptado de Lawn Je, Blencowe H, Pattinson R, Cousens S, Kumar R, Ibiebele I.

1.1.2. Epidemiología

La tasa de mortalidad perinatal en España, según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) del 2018, se sitúa en 4,37 por cada 1.000 nacidos. (SEGO,2021)

La alta tasa de muertes maternas en ciertas regiones del mundo evidencia las disparidades en el acceso a servicios de salud adecuados, destacando la diferencia entre las personas ricas y pobres. En el año 2020, la proporción de mujeres que fallecieron durante el embarazo o el parto fue de 430 por cada 100,000 nacimientos en países de bajos ingresos, en comparación con solo 12 por cada 100.000 nacimientos en países de altos ingresos. (OMS, 2023).

La información más reciente sugiere que en la mayoría de los países con ingresos altos y medianos altos, alrededor del 99% de los partos son atendidos por profesionales de la salud, como médicos, parteras o enfermeros especializados. En cambio, en países de ingresos bajos, solo el 68% de los nacimientos cuentan con la participación de personal de salud calificado, y en países de ingresos medianos bajos, este porcentaje es del 78%. (OMS, 2023).

La mayoría de los casos de muertes fetales se deben a la baja calidad de la atención durante el embarazo y el parto. Más del 40% de las muertes fetales ocurren durante el parto, y esta pérdida podría prevenirse con la presencia de un profesional de la salud calificado durante el parto y una atención obstétrica adecuada en situaciones de emergencia. (OMS, 2020).

En base a los datos que se dispone, se puede comprobar la importancia de la atención de profesionales cualificados en el proceso de gestación, parto y vida del bebé y de la madre.

Por ello es importante que todos los países tomen medidas para poner fin a los mortinatos prevenibles para todas las mujeres y familias, independientemente de los factores socioeconómicos.

Centrándonos en España y en concreto comparando las tasas de mortalidad perinatal de ambos sexos, cada mil nacidos de la Comunidad Valenciana con las tasas nacionales en el periodo de tiempo del 2017 al 2022, según la información buscada en el Instituto Nacional de Estadística podemos comprobar lo siguiente:

La tendencia Nacional: A nivel nacional, la tasa de defunciones ha mostrado una ligera disminución en 2022 en comparación con 2021. Sin embargo, se observa que en 2020 hubo un ligero aumento en comparación con 2019. La tendencia general en los últimos años parece ser relativamente estable, con fluctuaciones menores.

La tendencia en la Comunitat Valenciana: En la Comunitat Valenciana, la tasa de defunciones ha experimentado variaciones en los últimos años. En 2022, se observa un aumento en comparación con 2021, mientras que en 2021 hubo una disminución en comparación con 2020. Al igual que a nivel nacional, la tendencia general parece ser estable, pero con variaciones anuales.

Comparación entre Nacional y Comunitat Valenciana: En general, la tasa de defunciones en la Comunitat Valenciana tiende a ser ligeramente más alta que la tasa a nivel nacional.

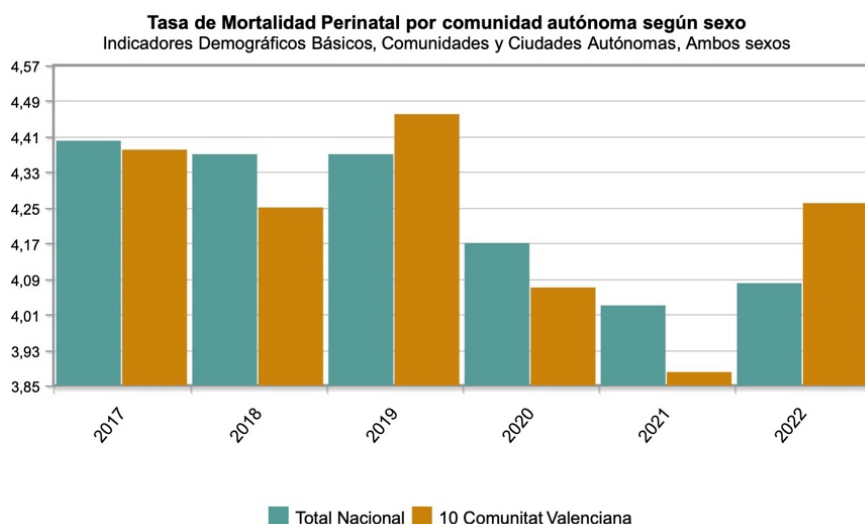


Figura 2. Instituto Nacional de Estadística (2023). Tasa de Mortalidad Perinatal por comunidad autónoma según sexo.

1.1.3. Etiología de la muerte perinatal y factores de riesgo asociados

Es crucial comprender las razones y los factores de riesgo asociados con la muerte perinatal. Esto no solo facilita a los padres procesar el evento trágico, sino que también permite a los profesionales de la salud implementar estrategias de intervención adecuadas y evaluar el riesgo en embarazos futuros. (Nijkamp et al., 2017)

Los factores de riesgo variarán según la causa que haya producido la muerte fetal o neonatal. En la mayoría de las ocasiones no hay un único factor desencadenante, siendo normalmente multifactorial. Las causas y los factores de riesgo, normalmente, no son los mismos en todos los países. (Huiza et al., 2003).

Los factores que aumentan de manera notable la posibilidad de muerte perinatal (SEGO, 2021), (Jiménez & Pentón, 2015) son:

1. Edad materna: Tanto el embarazo en la adolescencia como en edades avanzadas.
2. Cuidado prenatal inadecuado.

3. Hábitos de vida: Consumo de tabaco, alcohol o drogas.
4. Obesidad: La relación entre estos factores es probablemente causada por diversos elementos, y la presencia de esta asociación aumenta aproximadamente cinco veces el riesgo de muerte fetal debido a problemas en el funcionamiento de la placenta.
5. Mujeres en edad más avanzada, aumentando el riesgo de placentación anómala, gestación múltiple y de parto pretérmino. El peligro de tener una placentación anómala es mayor en mujeres que han logrado el embarazo a través de fecundación in vitro utilizando óvulos donados o que se han sometido a cirugías para corregir anomalías uterinas durante el proceso de concepción.
6. Prematuridad y bajo peso al nacer.
7. Crecimiento intrauterino restringido en una gestación previa.
8. Condiciones crónicas de la madre: Diabetes, hipertensión o trastornos autoinmunitarios.
9. Complicaciones durante el embarazo: preeclampsia, anemia, rotura uterina y problemas placentarios.
10. Gestación múltiple: La probabilidad de que un feto experimente muerte fetal, independientemente de la causa, es más alta en embarazos múltiples en comparación con embarazos de un solo feto (19.6 frente a 4.7 por cada 1,000 nacimientos). Este incremento se debe a complicaciones asociadas con embarazos gemelares monocoriales, así como a problemas relacionados con anomalías en el feto, restricción del crecimiento intrauterino y partos prematuros.
11. Cesárea.
12. Historial de muerte perinatal previa

Es necesario considerar también aspectos sociales, biológicos o ambientales que pueden tener un impacto, como el nivel económico-social o la disponibilidad de acceso a un sistema de atención médica de calidad, ya que el bajo nivel socioeconómico generalmente se asocia a peor nutrición, menor control durante la gestación y un mayor consumo de tóxicos. (SEGO, 2021.)

1.1.4. Aspectos socioculturales vinculados a la pérdida perinatal.

El dolor se expresa de forma distinta dependiendo de la cultura. En relación con el duelo por la muerte perinatal, refleja las circunstancias inesperadas e impactantes que los padres y otros miembros de la familia tienen que enfrentar cambiando la ilusión y la alegría de una nueva vida, por el dolor y la pena. (Cabezas et al., 2022).

Las religiones ante la muerte del feto se definen de la siguiente forma (López García de Madinabeitia, 2011):

Catolicismo	Bautismo solo para bebés que nacen con vida. Fetos que superan las 24 semanas y no sobreviven, se permite el entierro o incineración sin ceremonias ni bendiciones, colocados en el limbo del cementerio.
Hinduismo	Se coloca un cordón alrededor del cuello o la muñeca del feto como un gesto simbólico de bendición. Dado que no se reconoce su vida, no se considera un acto pecaminoso y no se requiere purificación a través de la cremación
Judaísmo	Las personas no judías deben evitar el contacto con el cuerpo del feto. No hay rituales específicos a menos que el feto haya vivido al menos 30 días. Cremación prohibida.
Islamismo	El feto no tiene pecado, regresando directamente a Alá y facilita el camino para que los padres se acerquen a él. A partir de los 4 meses de gestación, se le da un nombre, se lava, envuelve en una sábana y se entierra con la opción de realizar un funeral. Cremación prohibida
Budismo	Si el feto tiene más de 4-5 meses, se considera un ser humano que puede reencarnarse. Para los fetos que fueron abortados, se celebra el misuko kuyo, un ritual en el que se pide perdón por la pérdida del embarazo y se busca evitar posibles desgracias para la familia.

Tabla 1: Religiones ante la muerte del feto. Fuente de elaboración propia.

1.1.5. Aspectos legales vinculados a la pérdida perinatal.

Los aspectos legales relacionados con la muerte perinatal pueden variar significativamente según el país y la jurisdicción. Actualmente, en Madrid, el 21 de julio de 2023, la ministra de Justicia, María Pilar Llop Cuenca, modificó y aprobó una nueva ley:

La Ley del Registro Civil, aprobada en 1988, estableció modelos para la declaración de nacimientos y defunciones, incluyendo casos de aborto. La orden, emitida el 21 de julio de 2023, modifica la Orden de 1988; esta ley regula el fallecimiento después de los primeros seis meses de gestación, permitiendo nombrar al nacido sin vida y registrarlo en el registro civil.

Otra de las leyes importantes y que tenemos que ser conocedores, es la ley del aborto que tenemos actualmente en España:

La Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, sobre salud sexual y reproductiva y la interrupción voluntaria del embarazo, garantiza el derecho de la mujer a decidir libremente interrumpir su embarazo durante las primeras catorce semanas. El propósito de esta ley es brindar seguridad legal tanto a las mujeres que eligen interrumpir su embarazo como a los profesionales de la salud involucrados en el procedimiento. (BOE, 2010).

Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, en el que dice que podrá interrumpirse el embarazo dentro de las primeras catorce semanas de gestación a petición de la mujer embarazada y las mujeres podrán interrumpir voluntariamente su embarazo a partir de los 16 años, sin necesidad del consentimiento de sus representantes legales. (BOE, 2023).

Según el BOE núm. 55, publicado el 04/03/2010, ley Orgánica 2/2010, artículo 15, excepcionalmente podemos interrumpir el embarazo pasada la semana 14 de gestación hasta la semana 22 de gestación, por causas médicas y cuando concurren algunas de las circunstancias que se indican (BOE, 2023):

- a) Grave riesgo para la vida o la salud de la embarazada, siempre que un médico especialista emita un dictamen previo.
- b) Riesgo de graves anomalías en el feto, siempre que dos médicos especialistas emitan dictámenes previos.
- c) Se permite la finalización de la gestación después de las 22 semanas si se detectan anomalías fetales incompatibles con la vida o si se diagnostica en el feto una enfermedad extremadamente grave e incurable, siempre que un comité clínico confirme la situación. Este apartado contempla dos situaciones: aquellas en las que se puede optar por la finalización, siempre que se cumplan los requisitos, y las que requieren la opinión y autorización adicional de un comité clínico. (BOE, 2023).

1.2. El duelo perinatal

“Perder a un hijo durante el embarazo o el parto es una tragedia devastadora para cualquier familia del mundo y, con demasiada frecuencia, suele sufrirse en silencio”, aseguró Henrietta Fore, Directora Ejecutiva de UNICEF. (OMS, 2020).

El duelo es la sensación de tristeza y desolación que experimentamos cuando perdemos algo importante para nosotros. No es algo que podamos entender o racionalizar fácilmente, sino que es una emoción profunda y abrumadora que nos lleva a atravesar diferentes etapas de dolor a lo largo del tiempo. Aunque no es una enfermedad en sí misma, puede convertirse en un proceso patológico. (Umamanita, 2009).

El Dr. John Bowlby, psiquiatra y psicoanalista de niños desarrolló la teoría del apego durante los años 1969 y 1980, define este concepto como la tendencia de las personas a establecer vínculos afectivos duraderos con otros, satisfaciendo necesidades emocionales. Según su teoría, el sistema de apego se activa intensamente en situaciones emocionales intensas, y la amenaza o

pérdida de este vínculo genera respuestas de ansiedad. Bowlby relaciona el apego con el duelo, sugiriendo que el proceso de duelo puede variar según el tipo de apego. Individuos con apego seguro expresarán comportamientos de búsqueda y reacciones similares a las de los niños separados de sus madres. Los estilos ansioso y evitativo, en cambio, muestran patrones de dolor crónico o conductas evitativas, respectivamente, con consecuencias emocionales y somáticas distintas. (Pérez et al., 2022).

Actualmente existen asociaciones para apoyar a los padres que han sufrido una pérdida perinatal, como por ejemplo Umamanita, una asociación sin ánimo de lucro de ámbito nacional creada en 2009 por Jillian Cassidy y Juan Castro después de la muerte intrauterina de su hija Uma el día 30 de diciembre de 2007. Esta asociación tiene una misión y objetivo muy claro: el apoyo, la humanización de la atención, la investigación, la prevención y la sensibilización de la muerte y el duelo perinatal.

1.2.1. Tipos de duelo perinatal según el tipo de pérdida.

El duelo perinatal se refiere a la experiencia de pérdida de un bebé durante el embarazo, el parto o poco después del nacimiento y disponemos de varios tipos de duelo Castroagudín et al., (2013).

- **Duelo:** cuando la persona no logra adaptarse completamente a la pérdida y a la reorganización de su vida, manifestándose a través de síntomas como nerviosismo, irritabilidad y agresividad, y tiende a desarrollarse hacia la depresión.
- **Duelo anticipado:** cuando el proceso de duelo comienza antes de que ocurra la pérdida. Reconocer la eventualidad temprano puede reducir el impacto inicial y favorecer la recuperación a largo plazo.
- **Duelo patológico:** cuando la adaptación a la pérdida no es completa, mostrando síntomas persistentes como nerviosismo, irritabilidad y agresividad, que a menudo evolucionan hacia la depresión.

Cada persona vive esta pérdida de manera única, experimentando una variedad de emociones. A continuación, se mencionan las situaciones que conllevan estos tipos de duelo. (Del Río Ripoll, 2020).

- Fallecimiento de un hijo en cualquier etapa de la gestación.
- Fallecimiento del bebé en el parto.
- Pérdida de uno de los bebés en caso de embarazo gemelar.

- Fallecimiento del bebé tras el nacimiento súbitamente o por desenlace de enfermedad previa.
- Reducción selectiva de embriones en embarazo múltiple por riesgo de la madre o futuros bebés.

Algunas veces, las parejas sienten que la solución a su dolor después de una pérdida es intentar tener otro bebé cuanto antes, pero esto no es lo más recomendable, ya que socialmente se espera que cierren el duelo al quedar embarazados, estudios demuestran que el proceso de duelo persiste durante el siguiente embarazo. Cuando una pareja logra un nuevo embarazo tras una pérdida anterior, aparece el término de "bebé arcoiris". Es común que se experimente ansiedad y preocupación, falta de control e incertidumbre, llevando a una hipervigilancia de los cambios corporales y a comparaciones constantes con la experiencia previa. Aunque los movimientos fetales en el segundo trimestre brindan alivio, su ausencia puede generar angustia y llevar a visitas frecuentes a urgencias. Las ecografías, aunque reconfortantes, también pueden ser angustiantes debido a recuerdos dolorosos. El miedo a otra pérdida lleva a evitar vínculos emocionales con el bebé y a retrasar compartir la noticia. (Del Río Ripoll, 2021).

1.2.2. Impacto psicológico y afrontamiento del duelo perinatal.

En algunas ocasiones, las reacciones de duelo en parejas después de una muerte perinatal son desiguales, y los padres pueden experimentar roles distintos en la esfera del dolor. O'Leary y Thorwick han examinado las reacciones en los padres, concluyendo que estos expresan la necesidad de ser reconocidos en su dolor por los demás. Sienten dificultades para compartir su propia ansiedad y miedos, ya que desean proteger a la madre. La presión social y la creencia en que "los hombres no lloran ni comparten" parecen obstaculizar a los padres en la búsqueda de apoyo emocional para superar la difícil situación del duelo. (Rengel Díaz, 2010).

Según Alvarado García, (2003) Las manifestaciones del duelo perinatal más comunes son:

- Síntomas físicos: Dificultades para respirar y sensación de vacío, llanto descontrolado y pesadillas
- Síntomas emocionales: Pérdida de interés, dificultad para experimentar placer (anhedonia), tristeza y soledad, frustración y rabia y sentimientos de incompreensión/abandono.
- Síntomas cognitivos: Negación, dificultades de concentración y desorientación, pérdidas de memoria, pensamientos negativos intrusivos y pensamiento desorganizado.
- Síntomas conductuales: Desapego, conductas de evitación, aislamiento e hiperactividad.

La teoría más reconocida sobre el duelo tras la muerte de un ser querido es la de Elizabeth Kubler-Ross publicadas en su libro "On Death and Dying" (1969). Esta teoría sugiere que las

personas atraviesan diversas etapas psicológicas antes de aceptar la pérdida en sus vidas (Figuroa, Cáceres, Torres, UNICEF, 2020):

- Negación: No aceptar la realidad de la pérdida relacionada con el estado de shock.
- Ira: Sentimientos de enfado, frustración e impotencia.
- Negociación: Intentar hacer acuerdos para cambiar la situación. Guarda la esperanza.
- Depresión: Empieza a asumir de forma definitiva la realidad experimentando tristeza y desesperanza.
- Aceptación: Llegar a un punto de paz con la realidad de la pérdida.

1.2.3. Factores que influyen en la adaptación del duelo perinatal.

El modo en que ocurre una muerte perinatal o neonatal influye en la capacidad de adaptación al duelo, ya sea de manera positiva o negativa. Algunos de estos factores según González Castroagudín et al., (2013) son:

- Edad gestacional: Pérdidas tardías llevan a procesos de duelo más prolongados que las ocurridas temprano en la gestación.
- Visualización con ultrasonidos: ver al feto en ecografía aumenta la angustia de los padres.
- Momento de la muerte: muertes inesperadas, durante el parto o después del nacimiento, son más traumáticas.
- Nacidos con malformaciones: madres de bebés con malformaciones experimentan duelo prolongado y trastornos psiquiátricos con frecuencia.
- Nacimiento múltiple: la muerte de uno de los gemelos genera confusión, tristeza, alegría o rechazo por el gemelo sobreviviente.
- Trato del equipo obstétrico: actitudes del personal médico pueden afectar negativamente el proceso de duelo de la familia.

El desarrollo de un proceso del duelo patológico puede desencadenarse secundariamente a: impedir que los padres vean o toquen a su hijo fallecido, sedar en exceso a la madre durante el parto, no insistir en la importancia de realizar una necropsia, evitar el contacto con los padres, proporcionar información insuficiente y sugerir un nuevo embarazo de manera prematura, entre otros. (González Castroagudín et al., 2013).

Otros factores de riesgo en el duelo perinatal son: la existencia de problemas psiquiátricos previos, experiencias previas de pérdidas, la presencia de depresión, la falta de hijos, pareja no estable, carencia de apoyo social, información limitada sobre los abortos, la ausencia de una explicación para la pérdida, o que esta coincida con otros problemas vitales significativos. (Fernández-Alcántara, et al., 2012).

1.2.4. Intervenciones sanitarias en el proceso de duelo perinatal.

Es importante ofrecer apoyo y consejo a los padres en duelo mediante iniciativas como mantener contacto constante, escuchar sin emitir juicios, proporcionar tiempo con el bebé antes del fallecimiento, alentar a los padres a nombrar al bebé por su nombre, ofrecer información escrita sobre el duelo, gestionar el proceso de autopsia con sensibilidad y brindar apoyo especial a las madres inmediatamente después del parto. (Alvarado García, 2003).

Además de tener habilidades técnicas, los profesionales deben conocer la mejor manera de interactuar con los padres en un momento tan doloroso. Esto no solo contribuye al aumento de la confianza, la competencia y la seguridad emocional, sino que también está estrechamente vinculado con el bienestar emocional. Comprender la práctica médica, combinada con estrategias de afrontamiento efectivas y el respaldo de una red institucional de apoyo, se convierte en un activo valioso tanto para la atención médica como para el crecimiento personal. (Roncallo, 2018).

En un esfuerzo por consolar a los padres, amigos, familiares y también médicos a menudo hacen comentarios inadecuados que no son útiles ni brindan apoyo, como: "No se preocupen, lo bueno es que aún son jóvenes y pueden tener más hijos.", "Es mejor perder al niño ahora, que cuando tuviera tres años.", "Por lo menos tienes otros hijos vivos.", "Pero no lo conociste; ni siquiera nació.", "Así lo quiso Dios." (Alvarado García, 2003).

Ciertas frases que puedes utilizar en el proceso de duelo son: "Siento lo que les ha pasado", "Me imagino cuánto querrían a ese bebé", "La verdad es que no sé muy bien que decirles". (Umamanita, 2009).

Algunas de las frases que debes evitar en el proceso de duelo: "Sé fuerte", "No llores", "Todo pasa por alguna razón, es el destino", "No es el fin del mundo", "Ahora tienes un angelito", "Ahora está en un lugar mejor", "Eres joven, ya tendrás más", "Debes ser fuerte por tus hijos/ esposo/ familia, etc.", "El tiempo lo cura todo". (Umamanita, 2009).

1.3. Testimonios

A continuación, se realiza una búsqueda de cómo han vivido diferentes testimonios la pérdida y el duelo perinatal, como reacciona la sociedad y el acompañamiento por parte de familiares y personal sanitario.

Inés: "Sentí como si tuviera a mi familia alrededor, porque tanto comadronas, enfermeras y ginecólogos en todo momento nos apoyaban, explicaban, repetían; porque al final estas en una

situación de shock que necesitas que te expliquen muchas veces lo que va a pasar, los pasos que vas a tener que tomar”.

Jean-Christophe: *“Para nosotros el acompañamiento fue clave, porque desde el momento que supimos la noticia en todo momento se nos explicó que había pasado y que iba a pasar después”*

Inés: *“Al final cuando estas embarazada no quieres ni pensar que estas cosas pasan y al final pasan y no se hablan de ello y es muy duro porque queda como oculto, como que no existe y al final pasan más veces de las que uno se espera. Y es muy importante hablar de ello, que la familia te arrope, que vayas a grupos y te apoyes en personas que han pasado por lo mismo”.*

Patricia Arcos: *“Hay muchos profesionales desactualizados que cuando muere un hijo no saben que hacer”.*

Patricia Arcos: *“Carla vino posterior, pero Jan sigue doliendo. La gente te dice que al final se supera, pero yo siempre digo lo mismo: no se supera, se aprende a vivir y sobrevivir con lo que nos ha tocado, no hay más”.*

Patricia Arcos: *“Me enfadé. Yo iba al parque y no me preguntaban. La gente se piensa que lo mejor es no decir nada, pero no, se ha de hablar. No puede ser que hace nada me estabas preguntando si es niño o niña o de cuantas semanas estaba y ahora me ves sin barriga y sin carrito y no me preguntes, pregúntame. Necesitamos hablar de ello”.*

Mireia Bravo: *“Lo peor que hicieron fue pasarnos a una sala con dos sillas y nos la dieron y alrededor teníamos cinco bebés vivos en sus incubadoras y venían cada diez minutos para preguntarnos si habíamos acabado. Estaba en shock y me dejaron 30 minutos y no me dijeron que hiciera fotos, ni que hiciera nada y es una cosa de la que me arrepentiré toda la vida”.*

Andrea Reina: *“Tú dolor no lo entiende nadie, perder a un hijo, la sociedad no está preparada para ello, no quieren escuchar que los bebés se mueren, no quieren preguntar y me duele que no me preguntes, a mí me duele que mi hijo no sea nombrado, me duele que mi hijo desaparezca, porque no lo ha hecho para mí, ni para su padre, ni para su hermana, ni para su familia, ni para la gente que estaba en nuestra vida”.*

Andrea Reina: *“Vuelves a casa y tienes que luchar con que no tengas ayuda y la tengas que buscar y es la suerte de quien tenga posibilidades o no, porque quien no tenga dinero, no va a tener un acompañamiento bueno y es muy triste. En mi caso mi familia me ayudó con una psicóloga privada, no sirve cualquiera, tiene que ser un buen profesional”.*

Andrea Reina: "Es algo brutal que no haya un acompañamiento correcto y lo tengamos que crear padres que han ido perdiendo, crear algo tan especial y necesario como un punto de encuentro entre padres que están rotos".

1.4. Justificación

Una vez revisada la evidencia disponible relacionada con la información que se dispone sobre la pérdida perinatal y los cuidados del personal sanitario ante el duelo perinatal, se evidencia que existe una carencia de protocolos, formación y estrategias para el correcto abordaje ante la pérdida perinatal. Por este motivo, y tras la introducción expuesta anteriormente, establezco las razones que justifican la elección del tema de dicho trabajo:

En primer lugar, la amplia variedad de causas que pueden provocar una muerte perinatal y las cifras actuales a nivel mundial, determinan la necesidad de una mayor formación de los profesionales que pueden encontrarse con esta situación en el ámbito laboral y la instauración de unos protocolos o guías basados en la evidencia que faciliten el abordaje de los cuidados necesarios.

En segundo lugar, es muy importante tener en cuenta que la falta de visibilidad y comprensión de la muerte perinatal a nivel social junto con la falta de formación y de conocimientos por parte de los profesionales provoca una falta de ayuda de calidad a las personas que están pasando por una situación de duelo y se sientan, perdidos e incomprendidos y esto pueda acarrear graves consecuencias físicas y, sobre todo, psicológicas. Además de provocar en los profesionales inseguridad, incomodidad, y posibles afectaciones psicológicas.

En tercer y último lugar, se destaca la relevancia de abordar la visibilidad de la muerte perinatal. Las percepciones negativas de compañeros y familiares ante la elección de este tema reflejadas en comentarios como "es un tema desagradable" o "no preferirías un tema más alegre", subrayan la existencia de estigmas y tabúes asociados con la muerte perinatal. Estos comentarios, respaldados por la evidencia presentada en esta revisión, refuerzan aún más la importancia de la elección y el abordaje de este tema desde una perspectiva profesional y científica. A pesar de la naturaleza trágica de estas experiencias, es crucial superar el estigma y proporcionar un espacio donde las personas que han experimentado esta pérdida puedan hablar abierta y comprensivamente sobre sus experiencias. El derecho de estas personas a expresar su duelo, compartir sus vivencias y recordar a sus hijos fallecidos, debe de ser reconocido y respaldado en la sociedad y en el ámbito de la atención de enfermería. La visibilidad de la muerte perinatal es esencial para garantizar un abordaje compasivo y adecuado por parte de los profesionales de

la salud, permitiendo así una atención integral y respetuosa hacia los padres y madres que han enfrentado esta dolorosa realidad.

2. Hipótesis y objetivos

2.1. Hipótesis

La implementación de un programa integral de formación dirigido a profesionales de enfermería en el ámbito hospitalario, que incluya la identificación de competencias, la sensibilización hacia la maternidad, la visibilización de la realidad de la pérdida perinatal y la información y posesión de las herramientas disponibles, contribuirá significativamente para poder afrontar mejor las situaciones de una pérdida perinatal y poder prestar una ayuda de calidad a las personas que experimenten una pérdida perinatal.

2.2. Objetivo general

Fomentar cuidados de enfermería a las personas que han sufrido una pérdida perinatal en el ámbito hospitalario.

2.3. Objetivos específicos:

1. Identificar las competencias y herramientas que tienen los profesionales que atienden el ámbito de la pérdida perinatal.
2. Generar conciencia en los profesionales que desarrollan su actividad en el área de la maternidad.
3. Visibilizar la realidad de la pérdida perinatal.
4. Informar de las herramientas que se disponen ante la pérdida perinatal.

3. Material y métodos.

3.1. Tipo de estudio

Se planea realizar una revisión bibliográfica de la literatura científica publicada en los años 2003 a 2023 acerca de la formación y recursos disponibles para que los profesionales de enfermería brinden cuidados adecuados a quienes enfrentan la pérdida perinatal.

3.1.1. Diseño

Durante el período de septiembre de 2023 a diciembre de 2023, se recopilan datos principalmente de bases de datos fiables en línea. Se realizaron filtros en los resultados de búsqueda según los objetivos del proyecto, con el propósito de elegir artículos relevantes y centrados en la búsqueda del tema principal de esta revisión.

El objetivo de esta búsqueda fue seleccionar artículos válidos que pudieran analizarse y compararse entre sí para obtener la mejor información de cada uno y contextualizar con los demás. Después de obtener datos generales sobre el tema, se ajustaron los criterios de búsqueda para seleccionar artículos que se incluirían en la revisión. Tras aplicar filtros en las bases de datos y utilizar escalas de valoración para evaluar la calidad de los artículos, se seleccionaron 12 artículos.

3.1.2. Pregunta de investigación

Para la estrategia de búsqueda y el desarrollo de esta revisión se ha planteado una pregunta clínica utilizando el formato PICO compuesta de cuatro componentes: paciente, intervención, comparación y Outcomes (Resultado).

Desglose de los componentes de la pregunta PICO:

P	Personas que han experimentado una pérdida perinatal.
I	Herramientas y recomendaciones utilizadas por profesionales de enfermería para promover cuidados efectivos en el contexto de la pérdida perinatal.
C	No se establece una comparación específica en esta pregunta.
O	Mejora en la calidad de los cuidados de enfermería brindados a personas que han sufrido una pérdida perinatal.

Tabla 2. Desglose pregunta pico. Fuente de elaboración propia

La pregunta planteada es la siguiente: ¿Cuáles son las herramientas esenciales y recomendaciones que poseen los profesionales de enfermería en el ámbito hospitalario para promover cuidados efectivos y de calidad a personas que han experimentado una pérdida perinatal?

3.2. Búsqueda bibliográfica

En la búsqueda bibliográfica, se emplearon cinco bases de datos altamente reconocidas en el ámbito científico. Las búsquedas se realizaron en La BVS (Biblioteca Virtual de Salud de España), plataforma en línea que brinda acceso gratuito y abierto a diversas fuentes de información científica en el ámbito de las Ciencias de la Salud; PubMed, motor de búsqueda de libre acceso que permite consultar además de artículos de Medline, otras revistas científicas de similar calidad. También se utilizó Scielo (Scientific Electronic Library Online), que recopila artículos de revistas en castellano e inglés de la mayoría de los países de habla hispana y ScieceDirect que es una plataforma de bibliografía académica que ofrece una base de datos líder en el mundo para la investigación, revisada por Elsevier, que incluye textos completos y revisiones en áreas científicas, técnicas y de salud. En cuanto a la selección de criterios y palabras clave, se consultó en la página MeSH (Medical Subject Headings) para identificar palabras clave y descriptores en inglés y la página web de los DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud) para términos en castellano. Además, se contó con el apoyo de la guía Normas APA 7a Edición de la plataforma normas-apa.org para redactar correctamente las fuentes bibliográficas, citas y referencias.

3.3. Criterios de selección

3.3.1. Criterios de inclusión

- Publicación entre 2003 y 2024
- Idioma castellano o inglés
- Artículos con acceso a texto completo.
- Artículos que cumplan los criterios seleccionados para superar la calidad metodológica

3.3.2. Criterios de exclusión

- Artículos que no estén enfocados en el ámbito sanitario
- Artículos sin rigor científico
- Artículos duplicados en las bases de datos

3.3.3. Palabras clave y descriptores.

Tras formular la pregunta clínica, se eligen las palabras clave relacionadas con el tema de estudio. Estas palabras clave se obtienen utilizando herramientas como Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) o los descriptores de Medical Subject Heading (MeSH), dependiendo de la base de datos utilizada.

A continuación, en esta tabla, se muestran los descriptores del estudio:

DeCS		MeSH
Castellano	Inglés	
Muerte perinatal	Perinatal Death	Perinatal Death
Enfermería	Nursing	Nursing
Padres	Parents	Parents
Muerte fetal	Fetal death	Fetal death
Enfermeras Obstetricas	Nurse Midwives	Nurse Midwives
Mortinato	Stillbirth	Stillbirth

Tabla 3. Descriptores DeCS y MeSH. Fuente de elaboración propia

Los términos como "duelo y matrona" también se han utilizado para la búsqueda, aunque se disponen en otros términos en DeCS y MeSH.

En este estudio de revisión, se llevó a cabo una búsqueda uniforme en las bases de datos para abordar los distintos objetivos. La búsqueda se realizó usando tanto los tres términos citados anteriormente como los descriptores MeSH/DeCS (indicados en la tabla), empleando los operadores booleanos "AND" y "OR".

3.4. Base de datos y estrategia de búsqueda.

En el proceso de investigación académica, una estrategia de búsqueda bien diseñada es esencial para obtener resultados precisos y relevantes. A continuación, se describe detalladamente la estrategia utilizada en cada una de las bases de datos, cómo se seleccionaron los criterios y palabras clave mediante recursos como MeSH y DeCS, acompañados de marcadores booleanos, para garantizar la exhaustividad y precisión de la búsqueda.

Estrategia de búsqueda Pubmed

Para realizar la búsqueda en la base de datos Pubmed se combinan los descriptores MeSH y se añade el marcador booleano "and", tal y como se muestra en la figura 3.

Se realiza la búsqueda aplicando los siguientes filtros:

- Free full text.
- Article language: english and spanish.
- Publication date: from 2003-2023.

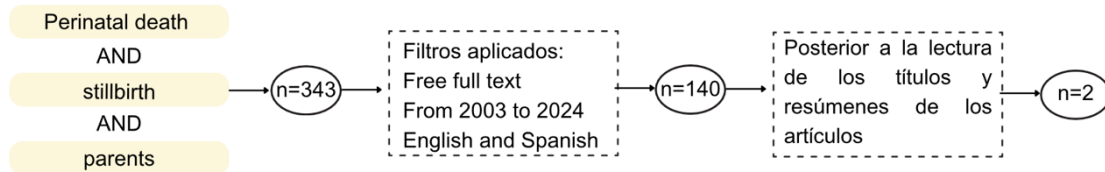


Figura 3. Estrategia de búsqueda Pubmed. Fuente de elaboración propia.

Estrategia de búsqueda Biblioteca Virtual en Salud.

Para realizar la búsqueda en la base de datos BVS se combinan los descriptores MeSH y se añade los marcadores booleanos “and” y “or” tal y como se muestra en la figura 4.

Se realiza la búsqueda aplicando los siguientes filtros:

- Texto completo.
- Desde 2003-2024
- Inglés y español
- Asunto principal: Muerte fetal y muerte perinatal

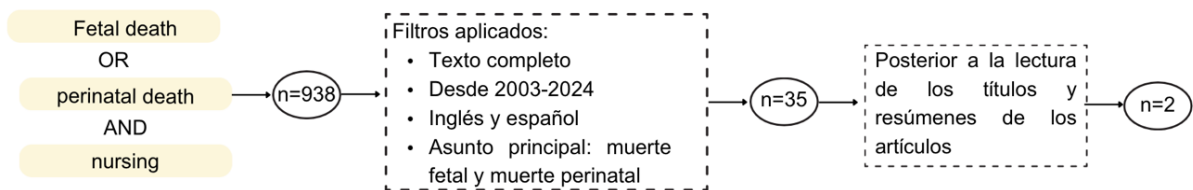


Figura 4. Estrategia de búsqueda BVS. Fuente de elaboración propia.

Estrategia de búsqueda en ScieDirect

Para realizar la búsqueda en la base de datos de ScieDirect se combinan los descriptores DeCS y se añaden los marcadores booleanos “or”, tal y como se muestra en la figura 5.

Se realiza la búsqueda aplicando los siguientes filtros:

- Access type: open access & open archive.
- Years: 2003 to 2024.
- Languages: spanish and English.
- Article type: research articles.

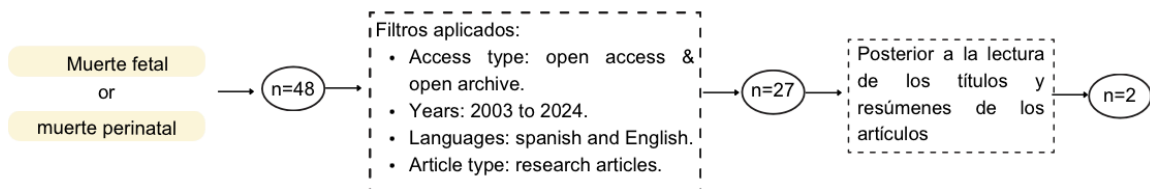


Figura 5. Estrategia de búsqueda ScieDirect. Fuente de elaboración propia.

Estrategia de búsqueda en Dialnet

Para realizar la búsqueda en la base de datos de Dialnet se combina un descriptor DeCS y una palabra clave y se añaden el marcador booleano “and”, tal y como se muestra en la figura 6.

Se realiza la búsqueda aplicando los siguientes filtros:

- Tipo de documento: artículo de revista.

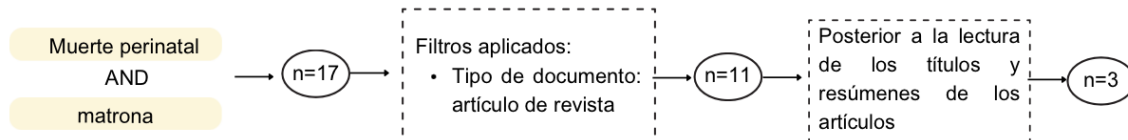


Figura 6. Estrategia de búsqueda Dialnet. Fuente de elaboración propia.

Estrategia de búsqueda en SCIELO

Para realizar la búsqueda en la base de datos de Scielo se combinan los descriptors DeCS y una palabra clave y se añaden los marcadores booleanos “and” y “or”, tal y como se muestra en la figura 7.

Se realiza la búsqueda aplicando los siguientes filtros:

- Año de publicación: 2003 a 2024.
- Tipo de literatura: artículo y artículo de revisión.
- WoS Áreas temáticas: medicine, nurse y neuroscience.
- Citable.

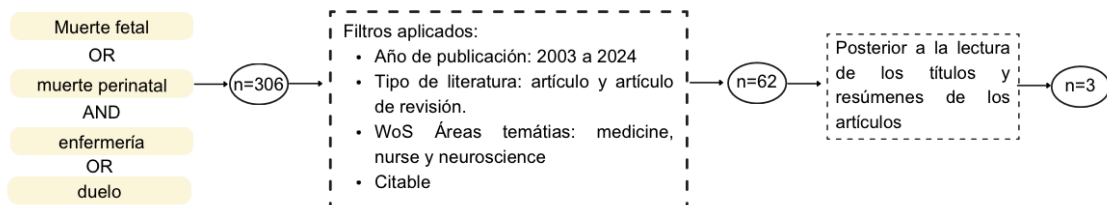


Figura 7. Estrategia de búsqueda Scielo. Fuente de elaboración propia.

Otras estrategias de búsqueda

Además de los artículos de las bases de datos mencionadas, también se realiza una búsqueda en fuentes como la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), CDC (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades) entidad federal de los Estados Unidos especializada en temas de salud a nivel nacional. También se realizan otras búsquedas en “bola de nieve”, así como en páginas web de asociaciones como “Umamanita” “Funespaña” UNICEF, la OMS, CIBERINDEX, plataforma enfocada en el conocimiento de cuidados de salud y El Repositorio Institucional de la Universidad de Alicante (RUA) que brinda acceso gratuito en línea al contenido

completo de los documentos creados por los miembros de la universidad en sus actividades de enseñanza e investigación.

También se realizan búsquedas en otras bases de datos como el INE o el BOE. Esto nos permite obtener una variedad de estudios y documentos científicos, como protocolos o guías clínicas, para enriquecer nuestra revisión.

Para incluir estos documentos en la introducción, establezco criterios que aseguren su calidad y justifiquen mi selección.

Los criterios que se estipulan con este fin son los siguientes:

- Documentos redactados por expertos en la materia que se trata.
- Documentos que indiquen claramente quienes son los autores y su procedencia
- Documentos que muestren las investigaciones en las que se basan y respaldan sus recomendaciones, resultados o conclusiones.

Aplicando los criterios seleccionados, selecciono un total de 17 documentos que a continuación se exponen en la tabla 4:

Titulo	Fuente de publicación	Año de publicación
Muerte perinatal y el proceso de duelo	Acta pediátrica de México	2003
Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.	BOE	2010
<i>Orden JUS/876/2023, de 21 de julio, por la que se modifica la Orden de 26 de mayo de 1988 sobre ciertos modelos del Registro Civil.</i>	BOE	2023
¿Qué es la muerte fetal?	CDC	2022
El embarazo después de haber perdido un bebé: El bebé "arcoiris"	Funespaña	2021
Manual de Capacitación para Acompañamiento y Abordaje de Duelo.	UNICEF	2020
Tasa de Mortalidad Perinatal por comunidad autónoma según sexo.	INE	2023
Cada 16 segundos se produce una muerte fetal, según las primeras estimaciones conjuntas de las Naciones Unidas	OMS	2020
Mortalidad perinatal y neonatal tardía.	OMS	2017

Mortalidad Materna	OMS	2023
Muerte prenatal	OMS	2017
Guía de asistencia en la muerte perinatal.	SEGO	2021
Los profesionales sanitarios ante la muerte perinatal.	Umamanita	2018
Día internacional de la muerte perinatal: ¿Por qué es necesario sensibilizar y concienciar sobre ello?	Umamanita	2023
Guía para la atención a la muerte perinatal y neonatal.	Umamanita	2003
Vivencia del cuidado de enfermería en un proceso de duelo	Repositorio Institucional de la Universidad de Alicante.	2019
Plan de cuidados de enfermería para la pérdida perinatal y el aborto.	CIBERINDEX	2010

Tabla 4. Artículos de otras búsquedas. Fuente de elaboración propia.

3.4. Evaluación de la Calidad Metodológica.

El proceso de evaluación de la calidad metodológica de esta revisión se lleva a cabo, empleando distintas herramientas para los diferentes modelos de estudio. Se utilizan dos tipos de plantilla CASPe en los distintos tipos de artículos, para la evaluación de la calidad metodológica de los estudios cualitativos; una plantilla que ofrece 10 ítems, adjuntada en anexos y otra plantilla que ofrece 11 ítems. Además, se emplea la escala AMSTAR para la evaluación de algunas revisiones sistemáticas, bibliográficas y un estudio de investigación. Esta escala está formada por 16 ítems para valorar la confianza general en los resultados. Los resultados que se pueden obtener en esta escala son de confianza alta, moderada, baja o muy baja.

3.5. Evaluación del Nivel de Evidencia.

Para evaluar el nivel de evidencia de los artículos seleccionados, empleo el sistema GRADE, con la ayuda del manual GRADE Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation Versión en Español 2017. Esta herramienta nos sirve para evaluar la calidad de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones en la elaboración de guías clínicas y revisiones sistemáticas.

4. Resultados

4.1. Resultados de la búsqueda

El estudio comenzó con una búsqueda exhaustiva que arrojó un total inicial de 1.679 documentos relevantes. Posteriormente, tras aplicar criterios de selección específicos, se eliminaron 1.404 documentos, incluyendo 8 duplicados. Esto dejó un conjunto de 275 documentos para una revisión más detallada.

Al revisar los títulos, se excluyeron 261 documentos debido a que no cumplían con los criterios de inclusión establecidos. Luego, se procedió a analizar los resúmenes de los documentos restantes y se seleccionaron 12 artículos que cumplían con los criterios establecidos para su inclusión en esta revisión.

Todo este proceso se ha representado visualmente en un diagrama de flujo, el cual se puede encontrar en la figura 8.

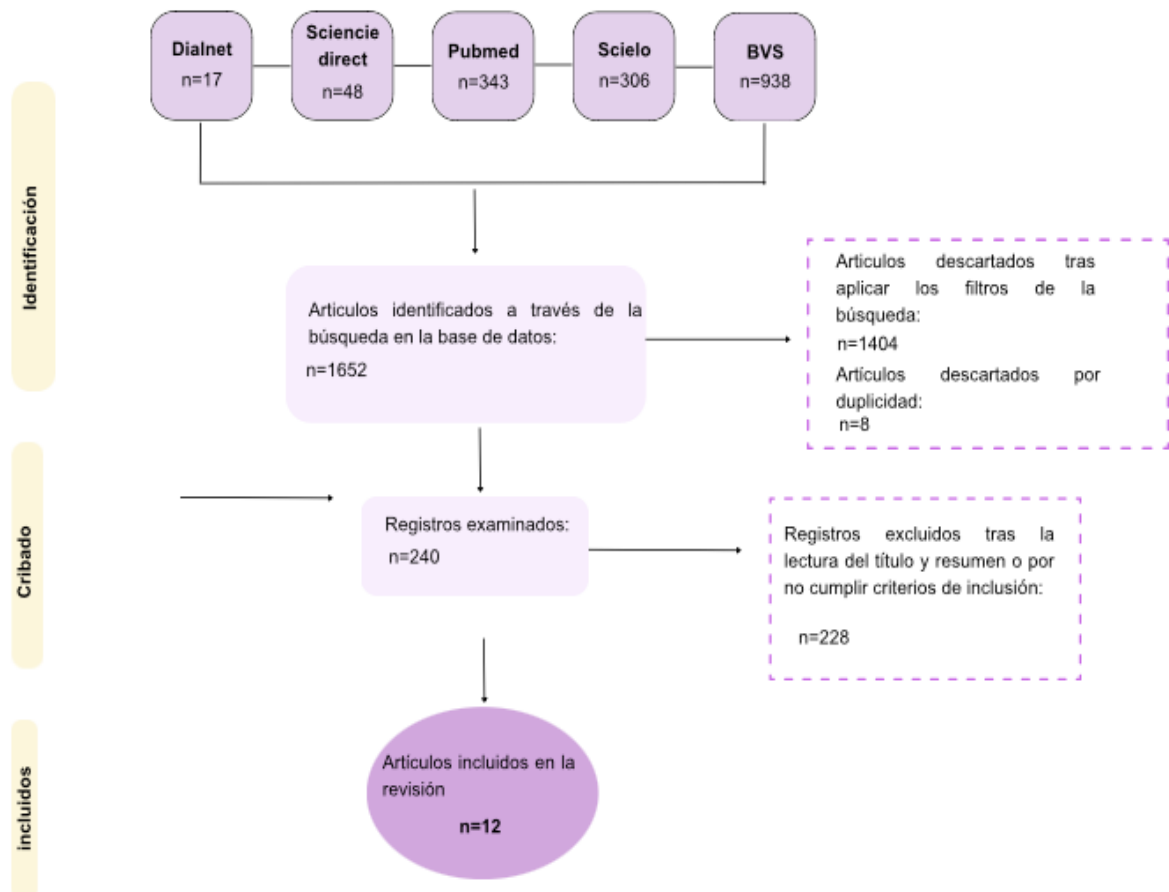


Figura 8. Diagrama de flujo. Fuente de elaboración propia

4.2. Descripción general de los resultados.

La búsqueda para esta revisión se ha llevado a cabo con una gran diversidad de fuentes pertinentes dentro del campo de estudio, que pueden enriquecer y respaldar la investigación en curso, proporcionando así una base sólida para el análisis y desarrollo del estudio. La contribución de estas fuentes se puede visualizar en el gráfico de la figura 9, el cual representa los porcentajes de búsqueda de cada base de datos incluida en este estudio.

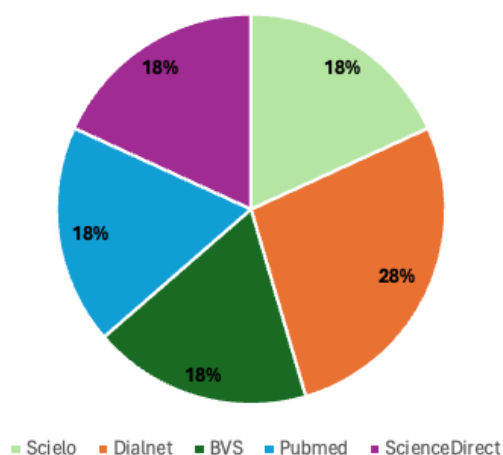


Figura 9. Gráfico de los resultados de búsqueda de cada buscador. Fuente de elaboración propia.

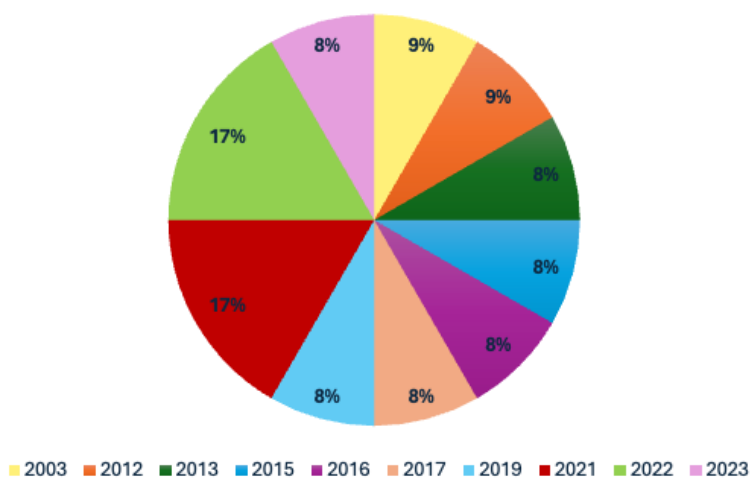


Figura 10. Gráfico con los años de publicación. Fuente de elaboración propia.

En la figura 10, podemos observar los años de publicación de cada estudio donde se aprecian algunos artículos de hace más de 5 años, los cuales he creído importante citar e incluir en esta revisión, ya que el artículo presenta teorías y conceptos fundamentales que siguen siendo relevantes y ampliamente aceptados en el campo y pueden servir como una base teórica sólida para el estudio actual. Sin embargo, podemos observar una mayor predominancia de artículos

actuales de investigaciones recientes, lo cual sugiere una mayor fiabilidad de los resultados obtenidos.

Los resultados de la gráfica de la figura 11 muestran de donde provienen la selección de artículos de este estudio. Se observa que España es el país con la mayor cantidad de artículos seleccionados. Le sigue México, Perú, Cuba, Estados Unidos y Chile.

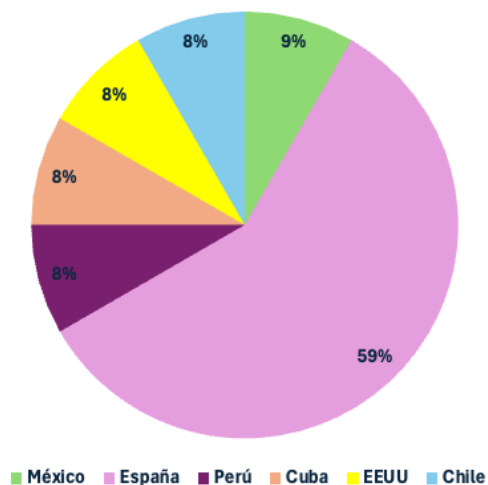


Figura 11. Gráfico de artículos en función del país de realización. Fuente de elaboración propia.

A continuación, todos estos artículos, quedan reflejados en la tabla 5, donde se refleja detalladamente el resultado y la conclusión, entre otros, de cada uno de ellos.

Título	Autores	Año	Tipo de estudio	Resultados	Conclusión	Calidad Metodológica (Escala CASPe)	Calidad de la evidencia (Escala GRADE).
Experience of parents who have suffered a perinatal death in two Spanish hospitals: a qualitative study.	Camacho-Ávila., et al.	2019	Estudio de investigación cualitativo	Surgieron ocho subtemas, y se agruparon en tres temas principales: "Percibir la amenaza y anticipar la muerte del bebé: "Algo va mal en mi embarazo"; "Efusión emocional: el shock de perder a un bebé y el dolor de dar a luz a un bebé nacido muerto"; "Hemos tenido un bebé": La necesidad de darle una identidad al bebé y legitimar el dolor".	Experimentar la pérdida de un bebé durante el periodo perinatal comienza con la angustia anticipatoria relacionada con el historial médico y los síntomas de la madre. Una vez confirmada la muerte, sobreviene un impacto emocional abrumador, marcado por el dolor y el sufrimiento. Participar en rituales de duelo y otorgar al bebé una identidad pueden facilitar el proceso de duelo. Mostrar empatía y comunicar la noticia de manera sensible puede ayudar a mitigar el dolor. Las parteras pueden desempeñar un papel crucial en el proceso, facilitando los rituales de despedida, brindando apoyo emocional a la familia y ayudando a honrar la memoria del bebé.	10/10	Moderada

Título	Autores	Año	Tipo de estudio	Resultados	Conclusión	Calidad Metodológica (Escala CASPe)	Calidad de la evidencia (Escala GRADE).
Experiencias emocionales en la interrupción voluntaria del embarazo	Danet Danet. A	2021	Revisión sistemática cualitativa.	Se observó una variabilidad en las experiencias emocionales, influenciada por factores como el acceso al servicio, el funcionamiento del sistema de salud, el procedimiento de la intervención, la interacción con el personal médico y aspectos individuales y socioculturales. Las principales dificultades emocionales incluyeron conflictos éticos, toma de decisiones, relaciones con el entorno social y el estigma. Se identificaron la autonomía en la toma de decisiones y el apoyo emocional como facilitadores, mientras que el rechazo social y los mensajes negativos del entorno político y sociofamiliar se destacaron como barreras.	Es fundamental sensibilizar a los profesionales que trabajan en el área de maternidad sobre la importancia de su papel en la experiencia emocional de las pacientes durante el aborto. La falta de información, dificultades en el acceso a la atención, y la falta de sensibilidad por parte del personal sanitario pueden contribuir al estrés, la preocupación y la sensación de ser juzgada o discriminada por parte de las pacientes. Se destaca la necesidad de una comunicación efectiva y de ofrecer una atención personalizada para mejorar la experiencia de las pacientes y facilitar la toma de decisiones informadas. En este sentido, la formación adecuada del personal sanitario se identifica como un área clave.	9/10	Baja

Titulo	Autores	Año	Tipo de estudio	Resultados	Conclusión	Calidad Metodológica (Escala CASPe)	Calidad de la evidencia (Escala GRADE).
Factores psicológicos implicados en el Duelo Perinatal	Fernández-Alcántara, M, et al.,	2012	Revisión narrativa.	El análisis se agrupa en cuatro categorías: las reacciones a la pérdida, la diferencia entre hombres y mujeres, las intervenciones más adecuadas por parte del personal sanitario, así como los principales problemas que presenta la práctica para ellos.	Se realiza un análisis crítico de la situación del duelo perinatal y se plantea el desarrollo de nuevas líneas de investigación que puedan mejorar la práctica clínica y dar pie a futuras investigaciones.	10/10	Baja
Apego, duelo y continuidad de lazos en el afrontamiento de la pérdida	Pérez et al.,	2022	Revisión sistemática	La revisión seleccionó 34 artículos: 11 teóricos y 23 empíricos. Se enfocará principalmente en los artículos empíricos, utilizando los teóricos para contextualizar. La población total de los estudios incluyó a 5185 personas, con algunos estudios que no especificaban el sexo de los participantes. Se identificaron 7 categorías de dolientes y personas fallecidas. Respecto al tiempo desde la muerte del ser querido hasta el inicio del estudio, no se pudo establecer una media debido a la variabilidad entre los estudios.	Concluimos que establecer relaciones causales en el proceso de duelo es complicado debido a la multitud de variables involucradas. Sin embargo, el apego seguro podría relacionarse con un afrontamiento más exitoso que el apego ansioso y evitativo. Respecto a la continuidad de lazos, su adaptabilidad depende de si se ajustan al sistema de significado de la persona. Se necesita más investigación para establecer relaciones causales.	9/10	Baja

Título	Autores	Año	Tipo de estudio	Resultados	Conclusión	Calidad Metodológica (Escala CASPe)	Calidad de la evidencia (Escala GRADE).
Duelo por muerte perinatal, un duelo desautorizado.	Martos-López et al.	2016	Revisión bibliográfica	Moon Fai y Gordon (2009) realizaron un estudio sobre la formación del personal de enfermería en relación con la pérdida perinatal, encontrando que aunque la mayoría de las enfermeras tenían una actitud positiva hacia el duelo, solo el 39,3% tenía formación específica. Por otro lado, Kelley y Trinidad (2012) investigaron que en cuanto a la entrega de la noticia, se destaca la necesidad de mejorar la información proporcionada y el apoyo durante el proceso. Durante el parto, tanto los familiares como los profesionales expresaron dificultades relacionadas con el entorno y la falta de apoyo adecuado. Respecto a la despedida, se enfatizó la importancia de la empatía del personal y los rituales para honrar al niño fallecido. Finalmente, Basile y Thorsteinsson (2015) evaluaron el nivel de apoyo percibido por los	Tras el estudio, se concluye que el personal de enfermería y otros profesionales sanitarios muestran sensibilidad hacia la pérdida perinatal, por lo que es crucial contar con recursos humanos, asistenciales y organizativos que les brinden apoyo. Se recomienda ofrecer formación tanto pre como postgrado sobre el tema, abarcando aspectos teóricos y prácticos. Se sugiere establecer una guía multiprofesional de actuación que incluya recomendaciones para acompañar a los padres en estas situaciones, priorizando el soporte emocional y fomentando el trabajo en equipo y el consenso interdisciplinario, basada en evidencia científica. Asimismo, se enfatiza la importancia de derivar a	9/10	Baja

Titulo	Autores	Año	Tipo de estudio	Resultados	Conclusión	Calidad Metodológica (Escala CASPe)	Calidad de la evidencia (Escala GRADE).
				padres y su satisfacción con el personal sanitario durante la pérdida perinatal, encontrando que el 64% reportó satisfacción, el 30% insatisfacción y el 5,8% indiferencia.	grupos de ayuda multidisciplinarios para ayudar a los padres a afrontar adecuadamente el duelo perinatal, y en lugares donde no existan, se destaca el papel del profesional de enfermería como promotor para su creación		
La muerte fetal y la muerte neonatal tienen origen multifactorial	Huiza et al.	2003	Estudio descriptivo retrospectivo	Los resultados de este estudio indican que la muerte fetal o neonatal se debe a una combinación de varios factores patogénicos. La mayoría de estas muertes ocurren debido a la intervención de estos factores desde las etapas tempranas en la relación madre-bebé.	Durante el periodo estudiado en el Hospital San Bartolomé, la prevalencia de muerte fetal fue del 1,68% y de muerte neonatal fue del 1,44%. Se identificaron varios factores asociados a estas muertes, incluyendo características maternas y clínicas. Entre los factores clínicos significativos para la muerte fetal se encontraron gestantes con patologías diversas, historial de natimuerto, embarazo múltiple, y bajo índice de masa corporal, entre otros. Por otro lado, para la	9/10	Moderada

Título	Autores	Año	Tipo de estudio	Resultados	Conclusión	Calidad Metodológica (Escala CASPe)	Calidad de la evidencia (Escala GRADE).
					muerte neonatal se asociaron factores como parto prematuro, ausencia de control prenatal, parto por cesárea, anemia crónica y otras patologías maternas. La histología reveló que la prematuridad y los problemas nutricionales/vasculares fueron causas prominentes tanto de muerte fetal como neonatal.		
Mortalidad perinatal. Factores de riesgo asociados	(Puñales & Cortés, 2015).	2015	Estudio observacional analítico de caso-control.	Se muestra la distribución de los factores de riesgo estudiados en dependencia de los grupos de edades maternas. El pretérmino es el factor de riesgo que más se presenta con 88 casos (70,4%); el periodo intergenésico acortado es el factor de riesgo que le sigue en orden de frecuencia con 72 (57,6%); el parto por cesárea constituye el tercero en orden de frecuencia con 64 (51,2%).	Es importante identificar los factores de riesgo asociados con la mortalidad perinatal, como la presentación no cefálica, la preeclampsia y el parto pretérmino. Importancia de la vigilancia prenatal y la atención médica adecuada para reducir los riesgos durante el embarazo y el parto. Se subraya la necesidad de más investigaciones.	9/11	Baja

Título	Autores	Año	Tipo de estudio	Resultados	Conclusión	Calidad Metodológica (Escala CASPe)	Calidad de la evidencia (Escala GRADE).
Duelo en la maternidad y en la reproducción. Intervención de la matrona.	Cabezas et al.	2022	Revisión bibliográfica.	Fueron seleccionados 15 artículos, entre ellos se encuentran 6 revisiones bibliográficas, 4 guías de práctica clínica y 5 estudios descriptivos. Con la revisión de distintas bases de datos se encontraron un total de 1715 artículos. De estos, 436 provenían de Cinahl, 650 de PubMed, 69 de Cuiden Plus, 13 de Dialnet y 547 de Lilacs. Además, se encontró 1 artículo en la página web oficial de la institución El Parto es Nuestro y otro en el Hospital Virgen del Rocío mediante una búsqueda manual. Sin embargo, se excluyeron 1702 artículos por diferentes razones: 1287 habían sido publicados antes del año 2013. 171 no tenían disponible el texto completo después de consultar los catálogos de la Universidad de Sevilla y el Sistema Sanitario	La pérdida de un bebé antes de nacer es un momento muy complicado para los padres y familiares. El apoyo y comprensión de los profesionales de la salud que los acompañan pueden ayudarles a sobrellevar el duelo y prevenir problemas emocionales adicionales. Es importante que todos los profesionales que trabajan en maternidad estén formados para brindar apoyo en estas circunstancias y asegurar una atención adecuada para las parejas que están sufriendo. Se sugiere establecer una comunicación honesta y abierta con la pareja, brindándoles todo el tiempo que necesiten. Sería favorecedor que un mismo profesional	9/10	Baja

Título	Autores	Año	Tipo de estudio	Resultados	Conclusión	Calidad Metodológica (Escala CASPe)	Calidad de la evidencia (Escala GRADE).
				<p>Público de Andalucía. 22 estaban escritos en un idioma distinto al español o inglés.</p> <p>220 no estaban relacionados con el tema en cuestión. 2 estaban duplicados en las diferentes bases de datos consultadas.</p>	<p>o equipo los acompañe a lo largo de todo el proceso.</p> <p>Además, sería beneficioso que los protocolos de atención en caso de muerte fetal antes del parto incluyan pautas específicas para cuidar a las parejas en duelo desde una perspectiva integral que considere aspectos biológicos, psicológicos y sociales.</p>		

Título	Autores	Año	Tipo de estudio	Objetivos	Resultados y conclusiones de interés	Calidad Metodológica (Escala AMSTAR)	Calidad de la evidencia (Escala GRADE)
Experiencias del personal de enfermería ante la muerte perinatal.	Figuerola Ibarra & Aranda Gallego.	2022	Revisión sistemática	Analizar la literatura existente referente a estudios sobre las experiencias del personal de enfermería ante una muerte perinatal.	Las reflexiones de los enfermeros que registran y estudian los casos recopilados resaltan la importancia de fortalecer la capacitación profesional en el apoyo durante el duelo, además de mejorar las habilidades de comunicación y acompañamiento. Los estudios revelan una variedad de experiencias, desde ver las pérdidas perinatales como desafiantes hasta percibir las como una oportunidad para brindar un apoyo valioso y significativo a las mujeres-madres y sus familias en momentos difíciles.	Alto	Baja
Papel de la Matrona en el manejo del duelo perinatal y neonatal	Castroa gudín et al.,	2013	Revisión bibliográfica	El propósito de esta revisión es definir los recursos necesarios para un "enfrentamiento" eficaz de la familia tras una pérdida perinatal, y describir la labor de las matronas en la planificación del siguiente embarazo.	La muerte de un hijo intensifica la sensación de haber perdido una parte de uno mismo, resultando en un agotamiento físico y emocional significativo. Es esencial proporcionar atención médica adecuada durante este proceso de duelo para que los padres puedan asimilar y comprender la situación.	Bajo	Baja

Titulo	Autores	Año	Tipo de estudio	Objetivos	Resultados y conclusiones de interés	Calidad Metodológica (Escala AMSTAR)	Calidad de la evidencia (Escala GRADE)
					<p>Existe una falta de preparación entre los profesionales de la salud, incluidos médicos, matronas y pediatras, lo que dificulta aún más el afrontamiento de esta situación.</p> <p>Es crucial que el personal médico que atiende a familias en duelo perinatal esté capacitado para abordar la pérdida, especialmente en las madres, y brindar apoyo integral a toda la familia.</p>		
Perinatal death investigations: What is current practice?	Nijkamp et al.,	2017	Estudio de investigación	El objetivo principal es examinar y analizar la práctica actual de las investigaciones sobre la muerte perinatal.	El proceso diagnóstico después de una muerte fetal debe adaptarse a las características clínicas de cada caso. Se recomienda realizar examen placentario, autopsia y evaluación citogenética en todos los casos de muerte fetal. También se aconseja la prueba de hemorragia fetal materna, a menos que la causa de la muerte sea evidente, como un desprendimiento placentario masivo. En situaciones donde los padres no acepten la autopsia, se pueden considerar enfoques	Moderado	Baja

Título	Autores	Año	Tipo de estudio	Objetivos	Resultados y conclusiones de interés	Calidad Metodológica (Escala AMSTAR)	Calidad de la evidencia (Escala GRADE)
					alternativos como la autopsia mínimamente invasiva o la PMMRI. Las pruebas rutinarias para trombofilias heredadas no están respaldadas por evidencia. La prueba de anticuerpos antifosfolípidos puede ser considerada en casos de muerte fetal con características clínicas de síndrome antifosfolípido o si la causa de la muerte no se ha determinado.		
Muerte fetal: avances en el estudio diagnóstico	Pons et al.	2023	Revisión bibliográfica	Analizar la magnitud del problema de la muerte fetal, identificar los factores de riesgo asociados con la muerte fetal y explorar los avances en el diagnóstico de la muerte fetal.	La falta de una definición clara de muerte fetal y la variedad de terminología dificultan comparar datos y determinar las causas de la muerte fetal médica y no médica. Aunque la Organización Mundial de la Salud recomienda informar la muerte fetal tardía según criterios específicos, la diversidad de sistemas de clasificación dificulta la estandarización. Mantener registros estandarizados y determinar la causa de la muerte fetal es esencial para desarrollar estrategias de atención preventiva y perinatal.	Bajo	Baja

Titulo	Autores	Año	Tipo de estudio	Objetivos	Resultados y conclusiones de interés	Calidad Metodológica (Escala AMSTAR)	Calidad de la evidencia (Escala GRADE)
					<p>Es fundamental que los proveedores de atención médica comprendan el diagnóstico y los riesgos asociados para poder brindar asesoramiento y estrategias de prevención adecuados durante futuros embarazos.</p> <p>En cuanto a las pruebas de laboratorio, se deben tener en cuenta los antecedentes médicos personales y los factores de riesgo para realizar una elección eficaz y rentable.</p>		

Tabla 5. Artículos seleccionados. Fuente de elaboración propia.

4. Discusión

Respondiendo a la pregunta de investigación planteada: ¿Cuáles son las herramientas esenciales y recomendaciones que poseen los profesionales de enfermería en el ámbito hospitalario para promover cuidados efectivos y de calidad a personas que han experimentado una pérdida perinatal?

Según Cabezas et al. (2022) Ante la muerte de un bebé, el profesional debe usar ante todo el sentido común, la humanización y la empatía hacia la madre y/o el padre que acaban de sufrir la pérdida. Una de las herramientas más importantes es la comunicación verbal y no verbal con los padres de forma empática, ya que el mensaje estará siempre en la memoria de la pareja. Presentarnos por nuestro nombre, escuchar de forma empática, hablar sobre la situación que tienen actualmente, explicarles las opciones, aconsejarles y apoyarles en sus decisiones, darles tiempo, mantener la calma, ser comprensivo, explicarles las causas de la muerte, favorecer la despedida y ayudarles a tener recuerdos de su bebé son herramientas esenciales para proporcionar un acompañamiento de calidad durante el proceso de duelo.

Algunas de las frases que se recomiendan para comunicarse con los padres que estén pasando por una fase de duelo perinatal son las siguientes: “La verdad es que no sé muy bien qué decirles”, “Siento lo que les ha pasado”, “Sois libres de llorar lo que queráis, es normal que lo necesitéis”, “Me imagino cuánto querrían a ese bebé”.

Fernández-Alcántara, M, et al., (2012) coincide la importancia de ayudar a los padres a tener recuerdos de su bebé creando cajas de recuerdos que permitan tener un contacto simbólico con el niño. Para ello se crea una caja donde el personal sanitario incluye fotografías, huellas dactilares, el cordón umbilical, pulseras del hospital, mechones de pelo, certificados de nacimiento, ropa, cartas de amigos o certificados de bautismo; en vez de dejar pasar el tiempo se focaliza en establecer relaciones emocionales con ese niño que ya se ha ido, reconociendo de esta manera su lugar dentro de la familia.

Estas cajas y recuerdos que permitan tener un contacto simbólico con el bebé, que menciona Fernández-Alcántara, M, et al., (2012) según Pérez et al., (2022) la internalización prolongada de los recuerdos puede ser un signo de duelo no resuelto o complicado. Sin embargo, en sus resultados no se observaron signos evidentes de patología en aquellos que mantenían una internalización continua. Por tanto, aunque esta pueda indicar complicaciones en algunas personas, también puede representar el tipo de sentimiento de pérdida fuerte y persistente que describen los defensores de los vínculos continuos.

Fomentar cuidados de enfermería a las personas que han sufrido una pérdida perinatal en el ámbito hospitalario.

La mayoría de los artículos, nombran y coinciden con la importancia de los profesionales de la salud en el proceso de duelo de la pérdida perinatal.

Las matronas son uno de los pocos profesionales involucrados durante el nacimiento y muerte del bebé, por tanto, la calidad del cuidado brindado es fundamental para el apoyo a estas madres y parejas, de forma que dicha actuación va a determinar en parte la resolución del proceso de duelo (Cabezas et al., 2022).

Las investigaciones sobre la muerte perinatal se centran en las experiencias de las mujeres-madres, resaltando que la calidad del trato en las instituciones de salud afecta el duelo. Las familias consideran esencial la continuidad del cuidado, la comunicación con profesionales de la salud, la atención durante el nacimiento y el respeto al bebé, ya que estos aspectos impactan positiva o negativamente en su experiencia. La atención a cargo de profesionales de la salud capacitados antes, durante y después del parto puede salvar la vida de la madre y del recién nacido. (OMS, 2023), (Figuerola Ibarra & Aranda Gallegos, 2022).

Las matronas desempeñan un papel crucial al facilitar rituales de despedida, acompañar a la familia, honrar la memoria del bebé y apoyar a los padres en darle una identidad al bebé fallecido como parte integral de la familia. (Camacho-Ávila et al., 2019).

Informar de las herramientas que se disponen ante la pérdida perinatal e identificar las competencias y herramientas que tienen los profesionales que atienden el ámbito de la pérdida perinatal.

Los artículos seleccionados evidencian una carencia de estándares de atención para las familias que sufren la pérdida perinatal y la educación sobre la muerte, especialmente en casos de fallecimiento perinatal, se describe como limitada, lo cual puede obstaculizar la habilidad del personal de enfermería para gestionar adecuadamente las emociones y brindar apoyo efectivo a las familias afectadas.

El personal de enfermería manifiesta la necesidad de una formación más completa en la asistencia a las familias afectadas por pérdidas perinatales, que incluya aspectos físicos, psicológicos y espirituales. Esta formación no solo debería centrarse en habilidades técnicas, sino que también debería centrarse más herramientas como consejería de duelo y comunicación empática.

La investigación indica que, tras una muerte perinatal, los padres en España experimentan dificultades debido a la falta de información oportuna y a comentarios inapropiados por parte de profesionales de la salud. A diferencia de otros países, no existe un estándar de atención para las familias que enfrentan este dolor en España, lo que resulta en una variabilidad significativa en la atención diaria para madres y padres que atraviesan la pérdida de un bebé. Estudios han revelado que muchos padres en España no tienen la oportunidad de despedirse de sus bebés, ya que no se les ofrecen opciones como fotografías o huellas dactilares, lo que contribuye a la falta de recuerdos significativos de sus hijos fallecidos. (Camacho-Ávila et al., 2019).

Según González Castroagudín et al., (2013) hay escasas intervenciones para respaldar a los padres durante un embarazo después de perder a un bebé. Además, el personal de salud que trata con estas familias reconoce la necesidad general de mejorar sus conocimientos, experiencias y habilidades de comunicación, así como fomentar un mayor apoyo entre los miembros del equipo.

Respaldando la afirmación de González Castroagudín et al., (2013), Martos-López et al., (2016) afirma que la educación sobre la muerte, especialmente en casos de muertes perinatales, es limitada ya que el enfoque se centra en la promoción de la vida. Cuando la muerte irrumpe en un contexto de expectativa de vida, un equipo no preparado puede reaccionar con ansiedad y falta de apoyo, dificultando la ayuda a las familias afectadas. Un equipo no capacitado podría evitar afrontar la pérdida, temiendo no saber qué decir o cómo manejar las emociones de los padres.

Figuroa Ibarra & Aranda Gallegos (2022), corroboran las afirmaciones previas, declarando que: el personal de enfermería expresó la necesidad de una formación más completa para acompañar a las familias en pérdidas perinatales, abarcando no solo la esfera física, sino también la psicológica y espiritual. Esto incluiría conocimientos en consejería de duelo y habilidades de comunicación, y se sugiere que esta formación se extienda a todo el personal y al público en general. Sin embargo, algunas investigaciones señalan que, ante la falta de formación, algunos trabajadores prefieren evitar estos casos, adoptando actitudes evasivas o de rechazo. Esto se manifiesta en una atención centrada en lo físico, descuidando el aspecto emocional como una forma de evitar enfrentar la angustia.

González Castroagudín et al., (2013) indica que los principales desafíos estresantes para las matronas que atienden a los padres afectados por una pérdida perinatal son: lidiar con el duelo junto a los padres, la falta de resultados positivos, la ira de la madre y la limitación de recursos, aunque el nivel de satisfacción de las matronas ante la atención prestada en la muerte perinatal es menor cuando se sienten abrumadas emocionalmente, cuando existen dificultades para

comunicarse abiertamente y compartir información con las mujeres, cuando existe un compromiso emocional e imposibilidad de asegurar un apoyo continuo en la atención.

A pesar de la dificultad que implica brindar cuidado en casos de muerte perinatal, los profesionales lo consideran un privilegio y encuentran satisfacción en trabajar con estas familias. A falta de formación formal, el personal de enfermería recurre a herramientas como experiencias personales, algunas de las cuales involucran haber vivido pérdidas perinatales o la muerte de un familiar cercano, lo que les permite comprender mejor la situación y ofrecer una atención más comprensiva. Actividades de cuidado positivas incluyen brindar continuidad en el seguimiento durante el trabajo de parto, parto y puerperio, fortaleciendo el vínculo con las mujeres-madres y permitiendo tiempo para establecer relaciones de confianza y crear recuerdos especiales. Incluso en entornos con recursos limitados, el personal se esfuerza por ofrecer cuidado de calidad. (Figuerola Ibarra & Aranda Gallegos, 2022).

En los artículos seleccionados se evidencia la importancia de mantener registros estandarizados y determinar la causa de la muerte fetal, siendo esencial para desarrollar estrategias de atención preventiva y perinatal.

Según Pons et al. (2023) es fundamental que los proveedores de atención médica comprendan el diagnóstico y los riesgos asociados para poder brindar asesoramiento y estrategias de prevención adecuados durante futuros embarazos.

Jiménez & Pentón, (2015) también señalan la importancia de determinar la causa de la muerte perinatal y la necesidad de realizar más investigaciones y desarrollar estrategias efectivas de intervención para reducir la mortalidad perinatal.

Es fundamental la importancia de comprender los factores de riesgo asociados con la muerte perinatal para ayuda a los padres a procesar el evento trágico.

Según Nijkamp et al., (2017) es crucial comprender las razones y los factores de riesgo asociados con la muerte perinatal. Esto no solo facilita a los padres procesar el evento trágico, sino que también permite a los profesionales de la salud implementar estrategias de intervención adecuadas y evaluar el riesgo en embarazos futuros. Huiza, L. et al., (2003) lo respalda señalando que los hallazgos en estudios revelan que la muerte fetal/neonatal ocurre debido a factores patogénicos de origen multifactorial. La mayor parte de las muertes fetales/neonatales ocurren por la participación de factores patogénicos que intervienen tempranamente en la unidad madre-concepto.

Generar conciencia en los profesionales que desarrollan su actividad en el área de maternidad y visibilizar la realidad de la pérdida perinatal.

Se destaca en los artículos la necesidad de que los especialistas de la salud se involucren de manera compasiva y empática, brindando información clara, apoyo emocional y facilitando momentos significativos de despedida.

Cabezas et al., (2022) lo confirma indicando que los momentos previos a la muerte del bebé dejan una importante huella en la familia y es posible que sea uno de los momentos más reposados y recordados durante el proceso de duelo. Por ello, es fundamental que el trato del personal sanitario y su actuación en esos momentos sean lo más empáticos y humanizados posible.

Fernández-Alcantara, M, et al., (2012) sugiere que, en los hospitales, la intervención ante la pérdida debe ser un esfuerzo colaborativo, donde el personal reconozca la pérdida y tenga en cuenta las actitudes individuales de los padres. Se recomienda una actitud empática y respetuosa que permita a los padres tomar decisiones por sí mismos, lo cual requiere tiempo después de la pérdida, y también ayudarles a buscar apoyo social. Según Badenhorst y Hughes, parece que cuando los padres participan en la toma de decisiones sobre el futuro de su hijo fallecido, muestran menos ira, irritabilidad, problemas para dormir, pérdida de apetito, llanto o depresión en comparación con aquellos que no participan en dichas decisiones.

En casos de confirmación de la muerte de un bebé, se experimenta un shock emocional marcado por el dolor y el sufrimiento. Participar en rituales de duelo y otorgarle identidad al bebé fallecido puede ser beneficioso en el proceso de duelo. Mostrar empatía al notificar a los padres de la pérdida de inmediato puede aliviar su dolor. (Camacho-Ávila et al., 2019).

Pons et al., (2023) argumenta que la pérdida de un bebé durante el embarazo es una experiencia muy dolorosa tanto para los padres como para los profesionales sanitarios y es crucial diagnosticar, estudiar y manejar este evento no solo para ayudar en el proceso de duelo, sino también para planificar y abordar futuros embarazos de manera efectiva.

Los profesionales de la salud a menudo encuentran difícil ofrecer condolencias debido a las emociones involucradas y la falta de capacitación adecuada. Las enfermeras suelen brindar un mejor apoyo emocional según los padres, mientras que los médicos reciben críticas por ser menos útiles en este aspecto. Se critica a los profesionales por no prestar suficiente atención a los deseos y decisiones de la familia, y frases insensibles como "no te preocupes, siempre tendrás tener otro" deben ser reemplazadas por un reconocimiento adecuado del dolor de los padres en

duelo. Además, se debe tener cuidado con la forma en que se ingresa a las habitaciones, se manejan las emociones como la risa inapropiada o el silencio, y se trata al bebé fallecido. (Fernández-Alcantara, M, et al., 2012)

Cabezas et al., (2022) lo respalda indicando que no se pueden seguir normalizando las prácticas basadas en ignorar o minimizar la pérdida del bebé, independientemente de que haya acontecido como aborto (voluntario o espontáneo), muerte intraútero o neonatal.

Es crucial que los profesionales de sanidad desempeñen un papel más activo en el apoyo emocional de las pacientes durante el aborto. La falta de información, dificultades para acceder a la atención y la falta de sensibilidad por parte del personal médico pueden causar estrés, ansiedad y sentimientos de ser juzgados o discriminados. Se destaca la importancia de una comunicación efectiva y una atención personalizada para mejorar la experiencia del paciente y facilitar la toma de decisiones informadas. La formación adecuada de los profesionales sanitarios se reconoce como crucial para mejorar la atención en este proceso (Danet Danet, 2021).

La falta de un apoyo adecuado durante el duelo por la pérdida perinatal es una realidad que expresan los padres. En mi opinión, sería beneficioso incorporar un psicólogo especializado en la pérdida perinatal en los servicios de maternidad de todos los hospitales, ya que esto permitiría ofrecer un apoyo desde el momento mismo de la pérdida y un seguimiento continuo a lo largo del proceso de duelo. Además, este profesional podría proporcionar orientación, herramientas y recursos a los profesionales sanitarios. Sería interesante proponer una nueva línea de investigación de cómo evoluciona el duelo perinatal a corto y largo plazo en padres que han recibido este tipo de apoyo desde el minuto uno en comparación con aquellos que no lo han recibido.

En esta revisión se han considerado varias limitaciones. En primer lugar, se destaca la escasez de artículos considerados de alto nivel de evidencia y, por tanto, la falta de investigación en el campo de los cuidados de la muerte perinatal.

Y en segundo lugar y, por último, considero una limitación la dificultad en realizar búsquedas científicas, ya que al introducir descriptores más específicos se reduce el campo considerablemente, perdiendo artículos de gran valor.

La revisión de este trabajo me ha permitido una comprensión profunda del duelo perinatal y como complemento a esta revisión, se ha creado una infografía de elaboración propia incluida en el anexo que resume y visualiza de manera más efectiva las recomendaciones más relevantes a cómo debemos abordar una pérdida perinatal. La creación de esta infografía puede servir como

herramienta para facilitar la comprensión de la información y servir de ayuda en cualquier momento que se necesite una referencia rápida, visual e informativa, tanto para el personal sanitario como familiares, sobre cómo afrontar una pérdida perinatal.

5. Conclusiones.

A continuación, se detallan las conclusiones derivadas de esta discusión y que responden a los objetivos planteados del presente trabajo. Estas conclusiones se enfocan en diversas direcciones importantes en el abordaje de la pérdida perinatal y el papel crucial del personal de enfermería en este proceso.

1. La excelencia del trato y la atención prestada por el personal de enfermería y otros especialistas de la salud durante el proceso perinatal tiene un impacto significativo en la experiencia de duelo de las familias que han experimentado una pérdida perinatal. La empatía, la competencia técnica y el comportamiento compasivo son elementos fundamentales que influyen en la confianza, la seguridad emocional y el bienestar a largo plazo de los padres y las madres afectadas.
2. La identificación y consolidación de las aptitudes y herramientas del personal de enfermería en la atención de la pérdida perinatal son fundamentales para mejorar los conocimientos, experiencias y la calidad de la atención prestada a las familias afectadas. Es vital llevar a cabo formación y medidas que fomenten una mayor sensibilización, educación y apoyo tanto para el personal de enfermería como para otros profesionales de la salud que trabajan en este ámbito, con el propósito de asegurar una atención integral de excelencia a todas las personas que experimentan una pérdida perinatal.
3. Generar conciencia sobre la importancia de los cuidados de enfermería dirigidos a individuos que han experimentado una pérdida perinatal es esencial para asegurar una atención compasiva y efectiva.
4. Se requiere un enfoque holístico que reconozca y aborde las necesidades emocionales y psicológicas de los padres en duelo, así como la implementación de políticas y prácticas que fomenten un apoyo compasivo y centrado en el paciente en todos los entornos de atención médica.

6. Bibliografía.

1. Alvarado García R. (2003). *Muerte perinatal y el proceso de duelo*. Acta pediátrica de México 24(5):3041. <http://repositorio.pediatrica.gob.mx:8180/bitstream/20.500.12103/1381/1/ActPed2003-053.pdf>
2. BOE-A-2010-3514 Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. (2010). Boe.es. Recuperado el 3 de enero de 2024, de <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2010-3514>
3. Camacho-Ávila, M., Fernández-Sola, C., Jiménez-López, F. R., Granero-Molina, J., Fernández-Medina, I. M., Martínez-Artero, L., & Hernández-Padilla, J. M. (2019). *Experience of parents who have suffered a perinatal death in two Spanish hospitals: a qualitative study*. BMC Pregnancy and Childbirth, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2666-z>
4. Cabezas, L. B., Rodríguez, C. M., & Del Fresno Serrano, M. Á. (2022). *Duelo en la maternidad y en la reproducción*. Intervención de la matrona. Dialnet. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8340826>
5. CDC. (2022). *¿Qué es la muerte fetal?* Centers for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/stillbirth/facts.html>
6. Danet Danet, A. (2021). *Experiencias emocionales en la interrupción voluntaria del embarazo*. Gaceta sanitaria, 35(4), 361–373. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.02.006>
7. Del Río Ripoll, S (2021) *El embarazo después de haber perdido un bebé: El bebé “arcoiris”*. Funespaña. <https://www.funespana.es/bebe-arcoiris/>
8. Disposiciones, I., Ministerio, G., & Justicia, D. E. (2023). BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO. Boe.es. Recuperado el 3 de enero de 2024, de <https://www.boe.es/boe/dias/2023/07/27/pdfs/BOE-A-2023-17286.pdf>

9. Fernández-Alcántara, M., Cruz-Quintana, F., Pérez-Marfil, N., & Robles-Ortega, H. (2012). *Factores psicológicos implicados en el Duelo Perinatal*. *Index de Enfermería*, 21(1-2), 48-52. <https://doi.org/10.4321/s1132-12962012000100011>
10. Figueroa Ibarra, C., & Aranda Gallegos, P. (2022). *Experiencias del personal de enfermería ante la muerte perinatal*. *Revista cubana de enfermería*, 38(1). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192022000100016
11. Figueroa MJ, Cáceres R & Torres AG. (2020). *Manual de Capacitación para Acompañamiento y abordaje de duelo*. Unicef.org. Recuperado el 3 de enero de 2024, de <https://www.unicef.org/elsalvador/media/3191/file/Manual%20sobre%20Duelo.pdf>
12. González Castroagudín S, Suárez López I, Polanco Teijo F, Ledo Marra MJ, & Rodríguez Vidal E. (2013). *Papel de la Matrona en el manejo del duelo perinatal y neonatal*. Agamfec.com. Recuperado el 3 de enero de 2024, de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4205741>
13. Hernández Sampayo, L. (2019). *Vivencia del cuidado de enfermería en un proceso de duelo*. *Cultura de los Cuidados Revista de Enfermería y Humanidades*, 54. <https://doi.org/10.14198/cuid.2019.54.07>
14. Huiza, Lilia, Pacora, Percy, Ayala, Máximo, & Buzzio, Ytala. (2003). *La muerte fetal y la muerte neonatal tienen origen multifactorial*. *Anales de la Facultad de Medicina*, 64(1), 13-20. Recuperado en 20 de diciembre de 2023, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832003000100003&lng=es&tlng=es.
15. Ines y Jean-Christophe [@DexeusMujer]. (2022). *Testimonio duelo perinatal*. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=juidb5HXAJQ>
16. Instituto Nacional de Estadística (2023). *Tasa de Mortalidad Perinatal por comunidad autónoma según sexo*. Recuperado el 4 de enero de 2024, de <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1699>
17. Puñales, S. J., & Cortés, R. J. P. (2015). *Mortalidad perinatal. Factores de riesgo asociados*. *Clínica E Investigación En Ginecología y Obstetricia*, 42(1), 2-6. <https://doi.org/10.1016/j.gine.2013.05.003>

18. López García de Madinabeitia AP. (2011). *Duelo perinatal: un secreto dentro de un misterio*. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 31(1), 53–70. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352011000100005
19. Martos-López, I. M., Del Mar Sánchez-Guisado, M., & Guedes-Arbelo, C. (2016, 28 noviembre). *Duelo por muerte perinatal, un duelo desautorizado = Bereavement for perinatal death, unauthorized bereavement*. <https://e-revistas.uc3m.es/index.php/RECS/article/view/3454>
20. Manual GRADE Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation Versión en Español 2017. (2017). GRADEpro GDT. <https://gdt.gradepro.org/app/handbook/translations/es/handbook.html#h.1hmsyys>
21. Nijkamp, J. W., Sebire, N. J., Bouman, K., Korteweg, F. J., Erwich, J. J. H. M., & Gordijn, S. J. (2017). *Perinatal death investigations: What is current practice?* Seminars in Fetal & Neonatal Medicine, 22(3), 167–175. <https://doi.org/10.1016/j.siny.2017.02.005>.
22. OMS (2020). Who.int. *Cada 16 segundos se produce una muerte fetal, según las primeras estimaciones conjuntas de las Naciones Unidas*. Recuperado el 3 de enero de 2024, de <https://www.who.int/es/news/item/08-10-2020-one-stillbirth-occurs-every-16-seconds-according-to-first-ever-joint-un-estimates>
23. OMS (2017) who.int. *Mortalidad perinatal y neonatal tardía*. Recuperado el 3 de enero de 2024, de <https://platform.who.int/docs/default-source/mca-documents/policy-documents/operational-guidance/gtm-mn-94-01-operational-guidance-2017-esp-protocolo-vigilancia-mortalidad-perinatal-neonatal.pdf>
24. OMS (2023). Who.int. *Mortalidad Materna*. Recuperado el 3 de enero de 2024, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
25. OMS (2017) who.int. *Muerte prenatal*. Recuperado el 3 de enero de 2024, de https://www.who.int/es/health-topics/stillbirth#tab=tab_1
26. Patricia Arcos, Mireia Bravo & Andrea Reina (2022). Vanguardia, L. [@LaVanguardia]. El duelo de tres madres por muerte neonatal: “Me dolía estar viva y saber que mi hija estaba muerta”. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=InRPSFvgSNk>

27. Pérez, E. F., De los Fayos Ruiz, E. J. G., & Portero, A. I. P. (2022). *Apego, duelo y continuidad de lazos en el afrontamiento de la pérdida*. Dialnet. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8345572>
28. Pons, A., Leiva, J. L., & Pérez, A. L. (2023). *Muerte fetal: avances en el estudio diagnóstico*.
29. Revista médica Clínica Las Condes, 34(1), 57–63. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2023.01.007>
30. Rengel Díaz C. (2010). *Plan de cuidados de enfermería para la pérdida perinatal y el aborto*. Recuperado el 3 de enero de 2024, de <https://www.index-f.com/edocente/91pdf/91-037.pdf>
31. Roncallo P. (2018). *Los profesionales sanitarios ante la muerte perinatal*. Umamanita.es. Recuperado el 3 de enero de 2024, de <https://www.umamanita.es/wp-content/uploads/2018/06/2018-Roncallo-Los-profesionales-sanitarios-ante-la-muerte-perinatal.pdf>
32. SEGO (2021) *Guía de asistencia en la muerte perinatal*. Revista oficial de la sociedad española de ginecología y obstetricia Prog Obstet Ginecol;64:124-154. https://sego.es/documentos/progresos/v64-2021/n3/04-Guia_de_asistencia_en_la_muerte_perinatal.pdf
33. Umamanita (2023). *Día internacional de la muerte perinatal: ¿Por qué es necesario sensibilizar y concienciar sobre ello?*. <https://www.umamanita.es/15-de-octubre-dia-internacional-de-la-muerte-perinatal-por-que-es-necesario-sensibilizar-y-concienciar/>
34. Umamanita y El parto es nuestro. (2009). *Guía para la atención a la muerte perinatal y neonatal*. Recuperado de <https://www.umamanita.es/wp-content/uploads/2015/06/Guia-Atencion-Muerte-Perinatal-y-Neonatal.pdf>

7. Anexos

PROGRAMA DE LECTURA CRÍTICA CASPe Entendiendo la evidencia de estudios cualitativos

10 preguntas para ayudarte a entender un estudio cualitativo

Comentarios generales

- Esta herramienta ha sido creada para aquéllos que no estén familiarizados con la investigación cualitativa ni sus perspectivas teóricas. Presenta varias preguntas que tratan, en líneas generales, algunos de los principios o supuestos que caracterizan la investigación cualitativa. *No es una guía categórica* y se recomienda una lectura más exhaustiva.
- Se consideran tres aspectos generales para la valoración de la calidad de un estudio cualitativo:
 - Rigor: hace referencia a la congruencia de la metodología utilizada para responder la pregunta de investigación.
 - Credibilidad: hace referencia a la capacidad que tienen los resultados de representar el fenómeno de estudio desde la subjetividad de los participantes.
 - Relevancia: hace referencia a la utilidad de los hallazgos en la práctica (evidencia cualitativa).
- Las 10 preguntas que se plantean a continuación están diseñadas para ayudarte a pensar sobre estos puntos de forma sistemática.
- Las dos primeras preguntas se pueden responder rápidamente y son preguntas “de eliminación”. Sólo si la respuesta es “sí” en ambas preguntas, merece la pena continuar con las preguntas restantes.
- En *itálica* y debajo de las preguntas, encontrarás una serie de pistas para contestar las mismas. Estas indicaciones están pensadas para recordarte por qué la pregunta es importante. Anota la justificación de tu respuesta en el espacio indicado. ¡En los pequeños grupos no suele haber tiempo para responder todo con detalle!

Este trabajo ha sido financiado en parte por el Instituto de Salud Carlos III, proyecto AE07/0097.

1

Esta plantilla debería citarse como:
Cano Arana, A., González Gil, T., Cabello López, J.B. por CASPe. Plantilla para ayudarte a entender un estudio cualitativo. En: CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2010. Cuaderno III. p.3-8.

A/ ¿Los resultados del estudio son válidos?

Preguntas “de eliminación”

1 ¿Se definieron de forma clara los objetivos de la investigación? <i>PISTA: Considera</i> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Queda implícita/explicita la pregunta de investigación? - ¿Se identifica con claridad el objetivo/s de investigación? - ¿Se justifica la relevancia de los mismos? 	SÍ	NO SÉ	NO
2 ¿Es congruente la metodología cualitativa? <i>PISTA: Considera</i> <ul style="list-style-type: none"> - Si la investigación pretende explorar las conductas o experiencias subjetivas de los participantes con respecto al fenómeno de estudio. - ¿Es apropiada la metodología cualitativa para dar respuesta a los objetivos de investigación planteados? 	SÍ	NO SÉ	NO
3 ¿El método de investigación es adecuado para alcanzar los objetivos? <i>PISTA: Considera</i> <ul style="list-style-type: none"> - Si el investigador hace explícito y justifica el método elegido (p. ej. fenomenología, teoría fundamentada, etnología, etc.). 	SÍ	NO SÉ	NO

¿Merece la pena continuar?

2

© CASPe


Preguntas “de detalle”

<p>4 ¿La estrategia de selección de participantes es congruente con la pregunta de investigación y el método utilizado?</p> <p><i>PISTA: Considera si</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Hay alguna explicación relativa a la selección de los participantes. - Justifica por qué los participantes seleccionados eran los más adecuados para acceder al tipo de conocimiento que requería el estudio. - El investigador explica quién, cómo, dónde se convocó a los participantes del estudio. 	<p>SÍ NO SÉ NO</p>
<p>5 ¿Las técnicas de recogida de datos utilizados son congruentes con la pregunta de investigación y el método utilizado?</p> <p><i>PISTA: Considera si</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - El ámbito de estudio está justificado. - Si se especifica claramente y justifica la técnica de recogida de datos (p. ej. entrevistas, grupos de discusión, observación participante, etc.). - Si se detallan aspectos concretos del proceso de recogida de datos (p. ej. elaboración de la guía de entrevista, diseño de los grupos de discusión, proceso de observación). - Si se ha modificado la estrategia de recogida de datos a lo largo del estudio y si es así, ¿explica el investigador cómo y por qué? - Si se explicita el formato de registro de los datos (p. ej. grabaciones de audio/vídeo, cuaderno de campo, etc.) - Si el investigador alcanza la saturación de datos y reflexiona sobre ello. 	<p>SÍ NO SÉ NO</p>

<p>6 ¿Se ha reflexionado sobre la relación entre el investigador y el objeto de investigación (reflexividad)?</p> <p><i>PISTA: Considera</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Si el investigador ha examinado de forma crítica su propio rol en el proceso de investigación (el investigador como instrumento de investigación), incluyendo sesgos potenciales: <ul style="list-style-type: none"> - En la formulación de la pregunta de investigación. - En la recogida de datos, incluida la selección de participantes y la elección del ámbito de estudio. - Si el investigador refleja y justifica los cambios conceptuales (reformulación de la pregunta y objetivos de la investigación) y metodológicos (criterios de inclusión, estrategia de muestreo, técnicas de recogida de datos, etc.). 	<p>SÍ NO SÉ NO</p>
<p>7 ¿Se han tenido en cuenta los aspectos éticos?</p> <p><i>PISTA: Considera</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Si el investigador ha detallado aspectos relacionados con: <ul style="list-style-type: none"> - El consentimiento informado. - La confidencialidad de los datos. - El manejo de la vulnerabilidad emocional (efectos del estudio sobre los participantes durante y después del mismo como consecuencia de la toma de consciencia de su propia experiencia). - Si se ha solicitado aprobación de un comité ético. 	<p>SÍ NO SÉ NO</p>

B/ ¿Cuáles son los resultados?

<p>8 ¿Fue el análisis de datos suficientemente riguroso?</p> <p><i>PISTA: Considera</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Si hay una descripción detallada del tipo de análisis (de contenido, del discurso, etc.) y del proceso. - Si queda claro cómo las categorías o temas emergentes derivaron de los datos. - Si se presentan fragmentos originales de discurso significativos (verbatim) para ilustrar los resultados y se referencia su procedencia (p. ej. entrevistado 1, grupo de discusión 3, etc.) - Hasta qué punto se han tenido en cuenta en el proceso de análisis los datos contradictorios (casos negativos o casos extremos). - Si el investigador ha examinado de forma crítica su propio rol y su subjetividad de análisis. 	<p>SÍ NO SÉ NO</p>
<p>9 ¿Es clara la exposición de los resultados?</p> <p><i>PISTA: Considera si</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Los resultados corresponden a la pregunta de investigación. - Los resultados se exponen de una forma detallada, comprensible. - Si se comparan o discuten los hallazgos de la investigación con los resultados de investigaciones previas. - Si el investigador justifica estrategias llevadas a cabo para asegurar la credibilidad de los resultados (p.ej. triangulación, validación por los participantes del estudio, etc.) - Si se reflexiona sobre las limitaciones del estudio. 	<p>SÍ NO SÉ NO</p>

C/¿Son los resultados aplicables en tu medio?

<p>10 ¿Son aplicables los resultados de la investigación?</p> <p><i>PISTA: Considera si</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - El investigador explica la contribución que los resultados aportan al conocimiento existente y a la práctica clínica. - Se identifican líneas futuras de investigación. - El investigador reflexiona acerca de la transferibilidad de los resultados a otros contextos. 	<p>SÍ NO SÉ NO</p>
--	--

La escala AMSTAR se divide en 16 ITEMS:

1. ¿La pregunta de investigación y los criterios de inclusión para la revisión incluyen los componentes PICO?
2. ¿El reporte de la revisión contiene una declaración explícita de que los métodos de la revisión fueron establecidos con anterioridad a su realización y justifica cualquier desviación significativa del protocolo?
3. ¿Los autores de la revisión explicaron la selección de los diseños del estudio para su inclusión en la revisión?
4. ¿Los autores de la revisión utilizan una estrategia integral de búsqueda de literatura?
5. ¿Los autores de la revisión realizaron la selección del estudio por duplicado?
6. ¿Los autores de la revisión realizaron la extracción de datos por duplicado?
7. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una lista de estudios excluidos y justificaron las exclusiones?
8. ¿Los autores de la revisión describieron los estudios incluidos con el detalle adecuado?
9. ¿Los autores de la revisión utilizaron una técnica satisfactoria para evaluar el riesgo de sesgo (ROB, por sus siglas en inglés) en los estudios individuales que se incluyeron en la revisión?
10. ¿Los autores de la revisión informaron sobre las fuentes de financiación para los estudios primarios incluidos en la revisión?
11. Si se realizó un metaanálisis, ¿usaron los autores de la revisión los métodos apropiados para la combinación estadística de los resultados?
12. Si se realizó el metaanálisis, ¿los autores evaluaron el impacto potencial del riesgo de sesgo en estudios individuales sobre los resultados del metaanálisis u otra síntesis de evidencia?
13. ¿Los autores de la revisión consideraron el riesgo de sesgo de los estudios individuales al interpretar/discutir los resultados de la revisión?
14. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una explicación satisfactoria y una discusión sobre cualquier heterogeneidad observada en los resultados de la revisión?
15. Si se realizó una síntesis cuantitativa, ¿ejecutaron los autores de la revisión una investigación adecuada del sesgo de publicación (sesgo de estudio pequeño) y discutieron su probable impacto en los resultados de la revisión?

16. ¿Los autores de la revisión informaron de cualquier fuente potencial de conflicto de intereses, incluyendo cualquier financiamiento recibido para llevar a cabo la revisión?

AUTORES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	RESULTADO
Figueroa Ibarra, C., & Aranda Gallegos, P	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	NO	SI	ALTO
González Castroagudín S, Suárez López I, Polanco Teijo F, Ledo Marra MJ, & Rodríguez Vidal E.	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO	Si	Si	NO	SI	BAJO
Nijkamp, J. W., Sebire, N. J., Bouman, K., Korteweg, F. J., Erwich, J. J. H. M., & Gordijn, S. J.	SI	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	MODERADO
Pons, A., Leiva, J. L., & Pérez, A. L.	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	NO	SI	BAJO

ue Universidad Europea María Martínez Martínez

¿CÓMO ACOMPAÑAR DURANTE EL DUELO PERINATAL?

 **GESTOS QUE PUEDEN AYUDAR:** 

- No intentar encontrar el lado positivo a la muerte.
- Hacer notar nuestra presencia, pero con discreción.
- No hablar de futuros bebés.
- No decirles que entiendes su dolor si no has pasado por algo similar.
- Siempre aconsejar y nunca obligar a la toma de decisiones.
- Ayudarles a tener recuerdos de su bebé.
- Llamar al bebé por su nombre.
- Escuchar.
- Darles tiempo para procesar y tomar decisiones.
- Hablar con los dos padres sobre lo que está pasando equitativamente.
- Mantener la calma.
- Cuidar el lenguaje corporal.
- Ser comprensivo.

 **PALABRAS QUE OFRECEN APOYO** 

- "Siento lo que les ha pasado".
- "Me imagino cuanto querrían a ese bebe".
- "La verdad es que no sé muy bien que decirles".
- "Lloren lo que sea necesario".

 **PALABRAS QUE NO OFRECEN APOYO** 

- "Todo pasa por alguna razón, es el destino".
- "Sé fuerte".
- "No llores".
- "Ahora tienes un angelito".
- "El tiempo lo cura todo".
- "Ahora está en un lugar mejor".

 **FRASES QUE DUELEN** 

- "Así lo quiso Dios".
- "Aún son jóvenes, ya tendrán más hijos".
- "Por lo menos tienes otros hijos".
- "Debes ser fuerte por tus hijos/familia/marido o mujer".

BIBLIOGRAFÍA: ALVARADO GARCÍA R. (2003). MUERTE PERINATAL Y EL PROCESO DE DUELO. ACTA PEDIÁTRICA DE MÉXICO 24(5):304-311. [1.HTTP://REPOSITORIO.PEDIATRIA.GOB.MX:8180/BITSTREAM/20.500.12103/1381/1/ACTPED2003-053.PDF](http://repositorio.pediatría.gob.mx:8180/bitstream/20.500.12103/1381/1/ACTPED2003-053.PDF)
TUMAMANITA Y EL PARTO ES NUESTRO. (2009). GUIA PARA LA ATENCION A LA MUERTE PERINATAL Y NEONATAL. RECUPERADO DE [HTT
PS://WWW.UNAMAMANTA.ES/WP-CONTENT/UPLOADS/2015/06/GUIA-ATENCION-MUERTE-PERINATAL-Y-NEONATAL.PDF](http://www.unamamanta.es/wp-content/uploads/2015/06/GUIA-ATENCION-MUERTE-PERINATAL-Y-NEONATAL.PDF)