



universidad  
de león

## TRABAJO FIN DE MÁSTER

*del Máster Universitario de Investigación en Ciencias*

*SocioSanitarias*

Curso Académico 2014-2015

**REVISIÓN DE EVIDENCIAS DE LA INTERVENCIÓN DE  
LOS PROFESIONALES SANITARIOS EN LA ATENCIÓN  
DEL DUELO TRAS UNA MUERTE FETAL TARDÍA**

*An evidence review about health care personnel  
participation in the bereavement after a late fetal death*

**Realizado por:** VIRGINIA GONZÁLEZ DEL BARRIO

**Tutorizado por:** FRANCISCO JAVIER PÉREZ RIVERA

OLGA ARIAS GUNDIN

En León, a 7 de Agosto de 2015

VºBº TUTOR/A

VºBº AUTOR/A

## ÍNDICE

<b>RESUMEN.....</b>	<b>3</b>
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>4</b>
<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>8</b>
<b>METODOLOGÍA.....</b>	<b>8</b>
<b>DISCUSIÓN Y RESULTADOS.....</b>	<b>12</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>15</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>17</b>
<b>ANEXO.....</b>	<b>21</b>
Tabla de Síntesis de Resultados .....	21

## RESUMEN

**Introducción.** La actitud del personal sanitario ante la pérdida gestacional ha estado marcada durante los últimos 50 años por prácticas paternalistas hacia la madre, negligentes con el padre y evitadoras con el feto. La falta de conocimientos acerca de cómo comportarse y la tendencia inconsciente a evitar situaciones negativas, hacen que, en ocasiones, se adopte una actitud no siempre correcta consiguiendo con ello estados de frustración e impotencia .

**Objetivo.** Describir las pautas de apoyo de los profesionales de la salud ante la muerte fetal tardía recogidas en la bibliografía, para facilitar el proceso de duelo.

**Metodología.** Se realizó un protocolo de revisión sistemática siguiendo la metodología de la declaración PRISMA .La estrategia de búsqueda se desarrolló en formato PICO, a partir del cual se identificaron DEC's (Descriptores de Ciencias de la salud) y MeSH (Medical subject Headings).Con estos términos se realiza una búsqueda sistemática en diferentes bases de datos online: ScieDirect, Cochrane, Web of Scieince, Cuiden y Dialnet. Los artículos seleccionados se someten a una lectura crítica a través del Critical Apraisal Skill Programme en español (CASPe).

**Discusión y Resultados.** La atención integral a la familia sólo se puede lograr cuando los profesionales tengan sus necesidades de formación atendidas. Las investigaciones futuras tras el duelo por una muerte fetal, deben centrarse en estudios observacionales prospectivos de alta calidad o ensayos controlados aleatorios de atención a los padres, para determinar cómo las intervenciones prestadas por los profesionales sanitarios afectan a los resultados del paciente.

**Conclusiones.** El cuidado que los padres reciben alrededor del momento de la pérdida tiene un gran impacto en su percepción de la muerte, en el recuerdo de lo que sucedió, en su capacidad a la hora de hacerlo frente y en su bienestar a largo plazo.

## SUMMARY

**Introduction** .During the last 50 years, health care personnel approach to foetus loss has been characterized by a paternalistic practice towards the mother, a negligent manner towards the father and an avoiding attitude towards the foetus. This inappropriate situation can be due to two factors; lack of knowledge about how to handle the foetus mourning and a subconscious tendency to avoid negative situations. This leads to frustrated and helpless states.

**Objective.**To describe the support regulations to be taken by the heath care personnel during a late foetal death and ease the mourning process.

**Methodology.**A systematic revision was carried out by following the methodology stated in PRISMA. Search strategy was applied in PICO format. From this, DEC's ( Descriptores de Ciencias de la Salud) and MeSH (Medical subject Headings) were identified. According to this, search in the following data based was performed; ScieinceDirect, Cochrane, Web of Scieince, Cuiden and Dialnet. Selected articules were critically analysed by using Critical Apraisal Skill Programme in Spanish (CASPe).

**Results and discussion.**Total family assistance can only be given when hospital professionals fulfil the education standards. Future investigations after late foetus mourning should be focused on a high quality observing forecast. Also, controlled and random assistance assays for the parents in order to determine how the participation of the health care personnel affect the patient.

**Conclussions.**The assitance given to the parents during their loss has a great impact on their death perception, fact memory and their capacity to face it. This will affect their long term well-being

## INTRODUCCIÓN

La muerte fetal intrauterina es una de las situaciones más difíciles de enfrentar en la práctica obstétrica diaria.

La Organización Mundial de la Salud (2000) define la muerte fetal como:

Aquella que acontece antes de la expulsión o extracción completa de su madre de un producto de la concepción, con independencia de la duración del embarazo. La muerte se diagnostica por el hecho de que después de dicha separación, el feto no respira ni muestra ninguna otra evidencia de vida, tal como latido del corazón, pulsación del cordón umbilical o movimiento apreciable de los músculos voluntarios.

Según la Organización Mundial de la Salud (2000) y la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (2008) se puede clasificar la muerte fetal como:

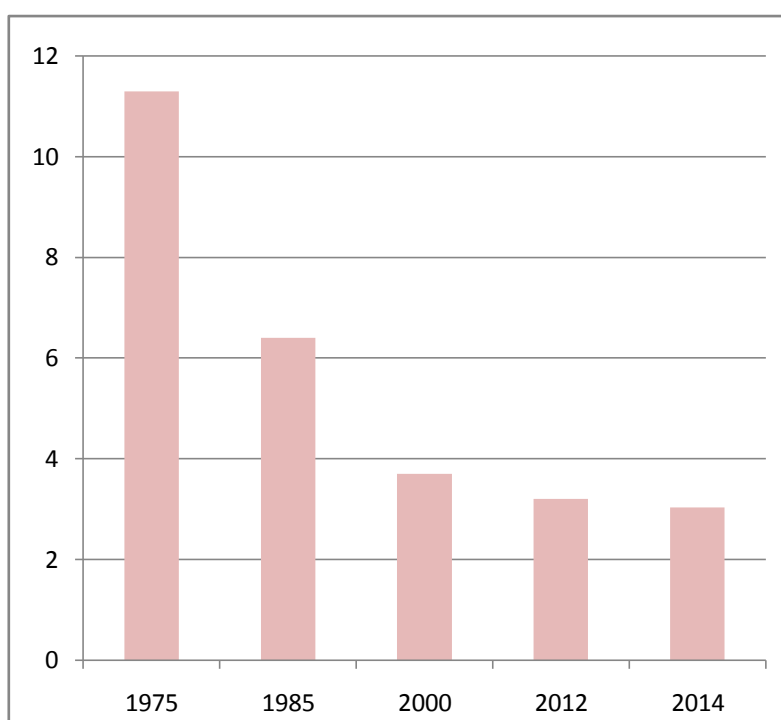
- Muerte fetal temprana: comprende a fetos de menos de 22 semanas de gestación y/o <500 g de peso. Se refiere por tanto a los abortos.
- Muerte fetal intermedia: comprende a los fetos de entre 22-28 semanas de gestación y/o peso entre 500-999 g.
- Muerte fetal tardía: incluye muertes fetales a partir de los 1.000 g de peso y/o mayores de 28 semanas completas de gestación.

En cambio el Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2010) considera muerte fetal tardía cuando sucede después de las 24 semanas completas de embarazo. La definición de muerte fetal anteparto es controvertida ya que no existe un concepto universalmente aceptado. Esta diversidad supone una dificultad metodológica cuando se intenta establecer comparaciones entre la frecuencia y los factores de riesgo comunicados en las diferentes publicaciones. Se requiere llegar a un consenso sobre la definición y la clasificación para que los datos sean adecuados.

Desde el punto de vista etiológico las causas con origen en el feto son responsables de un 25-40% de las muertes fetales, las placentarias de un 25-35% y las maternas de un 5-10%. Tras un estudio más o menos exhaustivo, siempre queda un grupo de muertes de etiología desconocida que suponen un 25-35% de las mismas (Carbonell y González ,2007). Existen diversas clasificaciones, ninguna de ellas universalmente aceptada. Actualmente la clasificación más aceptada es la ReCoDe (Relevant Condition at Death), que incluye diferentes grupos diagnósticos dependiendo de la causa: fetal, cordón umbilical, placenta, líquido amniótico, útero, materna, intraparto, trauma y no clasificable (Gardosi et al.2005). En un estudio realizado por Ovalle y otros autores (2005), se realizó la autopsia y un análisis histopatológico de la placenta a 279 fetos muertos y se obtuvo como resultado que el 43,5% fue debido a una hipoxia fetal extrínseca, entre cuyas causas figuraban una insuficiencia placentaria, una hipertensión arterial, un desprendimiento placentario, un infarto placentario y a patología del cordón umbilical. Debido al impacto que este tipo de muertes genera existe la necesidad de cuantificar el número de mortinatos y comprender las causas de sus muertes, para reducir la carga futura de muerte fetal,

además de ser esencial para la atención al duelo y para brindar un apoyo óptimo a los padres cuyos bebés han muerto

La Tasa de Mortalidad fetal Tardía según el Instituto Nacional de Estadística (2015) se define como el total de muertes fetales tardías de madres pertenecientes a un determinado ámbito por cada 1.000 nacidos (nacidos vivos más muertes fetales tardías) en dicho ámbito. Según los datos consultados en el Instituto Nacional de Estadística (ver Gráfica 1), España ha pasado del 11.3/1000 en 1975, a un 6.4/1000 en el año 1985, un 3.7 en el 2000 a un 3.2 en el 2012 y en el 2014 esta cifra fue de 3,03 por ciento por cada 1000 nacimientos, siendo la tasa de mortalidad perinatal en España de 4,47/1000 (Instituto Nacional de Estadística, 2014) definida esta como el número de muertes fetales después de 28 semanas de embarazo (muertes fetales tardías) más el número de muertes de niños menores de 7 días por cada 1.000 nacidos vivos (Instituto Nacional de Estadística, 2015).



GRÁFICA 1

Tasa de Muerte Fetal en España

*Fuente: a partir de datos del Instituto Nacional de Estadística. Indicadores Demográficos Básicos. (2015)*

La muerte fetal sigue siendo un desafío mundial de la salud que está muy afectada por la desigualdad social y económica, debida a la disponibilidad y a la calidad de la atención de la maternidad. Debemos destacar que el descenso de la muerte fetal en los países desarrollados es debido a la implementación de políticas de salud adecuadas y por el desarrollo de normas específicas en el manejo de los embarazos de alto riesgo (Ovalle et al.2005).

Cuando un bebé muere intrauterino los padres y quizás más la madres deben enfrentarse a una situación que jamás hubieran esperado; parir a su bebe sin vida. Aunque la mayoría de las madres reaccionan negativamente al parto vaginal, tanto los protocolos del Hospital Clinic de Barcelona (2014 ) como la SEGO (2008) coinciden en que la vía de elección es la vaginal tanto para fetos en presentación cefálica como en podálica reservándose la cesárea para las indicaciones maternas. El parto vaginal da tiempo a los padres a empezar a hacerse a la idea de que su bebe ha muerto, evita todo lo que supone la recuperación de una cesárea y también posibles problemas para partos futuros ya que el índice de muerte perinatal aumenta en cesáreas anteriores (Smith, Pell y Bobbie, 2003).

La pérdida fetal tardía es una experiencia indescriptible para los padres, difícil de asimilar, dado que los bebés representan el inicio de la vida y no el final. Los padres experimentan las mismas reacciones que las observadas en otras situaciones de duelo, como sentimientos de vacío interior, culpabilidad, irritabilidad, pena abrumadora, temor a un nuevo embarazo, rabia, incredulidad y apatía (Montero et al.2011). La pérdida de un niño se asocia con una experiencia de dolor que es particularmente grave, de larga duración, y complicada, con síntomas que fluctúan en intensidad y duración (Rando, 1986; Zeanah, Danis, Hirshberg, y Dietz, 1995). La muerte fetal ejerce un efecto sobre la salud y el bienestar de los padres tanto en su vivencia del duelo de modo individual como en pareja (Bennett, Litz, Lee, y Maguen, 2005; Lang, Goulet, y Amsel, 2004; Vance, Boyle, Najman, y Thearle,2002). Así el dolor afecta no solo de forma individual a los padres si no también en su relación de pareja ya que el duelo puede ser vivido de una manera similar o diferente. Esta experiencia no solo altera sus sentimientos hacia ellos mismos, si no que los altera hacia su pareja y hacia sus otras relaciones (Gilbert y Smart, 1992; Lang, Goulet, y Amsel, 2004; Najman, Vance, Boyle, Embleton, Foster, y Thearle, 1993; Olivier, 1999).

Aunque el duelo como tal no constituye una enfermedad en sí misma, su evolución puede derivar en un curso patológico. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5 (2014) lo clasifica en la categoría de Trastornos Adicionales que puede requerir atención clínica y lo define como una reacción a la muerte de una persona querida, en los que algunos individuos presentan síntomas característicos de un episodio de depresión mayor.

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) lo clasifica dentro de los trastornos adaptativos solo a las reacciones de duelo que se consideren anormales por sus manifestaciones y contenidos.

En los últimos diez años ha habido cambios importante en lo relativo a como se concibe el duelo, llegando a la disciplina enfermera tras la revisión en la última convención NANDA (2007) del diagnóstico 00136 Duelo en la que se dio paso hacia la concepción de este proceso desde una óptica menos conservadora. La nueva definición incluye sutiles cambios que identifican al fenómeno como un proceso normal que incluye respuestas emocionales, físicas, espirituales, intelectuales y sociales. Esto supone un paso, desde la disciplina enfermera de una visión constructivista del duelo desbancando corrientes tradicionales (Rodríguez, García y Toledo, 2008).

Diversos autores han definido distintas fases o etapas del duelo donde, con diversos matices, se pueden apreciar elementos comunes. Estas fases son un proceso y no secuencias o etapas fijas existiendo fluctuaciones entre ellas. Así el proceso del duelo consta de 4 fases evolutivas: una primera de choque e incredulidad, una segunda, de nostalgia y búsqueda, tercera, de desorganización y cuarta, de reorganización.

Estas etapas, en su conjunto, son una respuesta afectiva normal integrada por síntomas somáticos, psicológicos y de comportamiento, y mediante la cual se rompen gradualmente los lazos emocionales con la persona muerta y se favorece el restablecimiento de la vida normal.

El conocer las manifestaciones y las fases del duelo tiene una utilidad práctica si entendemos que las fases son un esquema orientativo y no rígido, que nos puede guiar a la hora de saber en qué situación se encuentra la persona en su proceso de duelo (Cabodevilla, 2007).

Pero el duelo por muerte fetal tardía es muy complejo y diferente del producido por otro tipo de pérdidas. Es único en cuanto a que se pierde un sueño, todo un proyecto de futuro, y se vive con una sensación de fracaso biológico y hasta de la estima personal. Para Mander (1994) este duelo tiene cuatro características que lo diferencian del resto: la proximidad entre el nacimiento y la muerte, la juventud de los progenitores para los que supone su primer contacto con la muerte y lo inesperado del suceso.

En comparación con otros tipos de pérdida infantil sigue siendo uno de los tipos más marginados e incomprensidos de pérdida, a menudo se ve envuelto en una gran sensación de soledad debido a la falta de comprensión por el entorno familiar y social (incluido el sanitario) y por eso entra dentro de la categoría de *duelo desautorizado*. Doka (1989) la enmarca dentro de las pérdidas que no tienen derecho al dolor definiéndolas como "duelo que experimentan las personas cuando tienen una pérdida que es o no puede ser reconocida abiertamente, públicamente llorada, o socialmente apoyada".

Kirkley-Best y Kellner (1982) se refieren a él como el *duelo olvidado*, evidenciando como este duelo es una circunstancia vital que conlleva un importante sufrimiento y que la mera evitación del contacto con el hijo perdido y el paso del tiempo no logran sanar por sí solos.

De hecho, para abordar los matices individuales en el cuidado del duelo, Condon (1986) propone cuatro aspectos de la muerte fetal, diferenciándolo de otros tipos de experiencias de duelo:

1. la singularidad de que el bebé murió
2. la complejidad del apego maternal al bebé
3. el clima psicobiológico inusual en el que el bebé nace y muere
4. las influencias culturales sobre el significado de la pérdida

Según Stroebe y Schut (1999) la muerte fetal desencadena varias pérdidas que funcionan como estresores. La principal es el bebé ansiado, pero hay otras pérdidas colaterales importantes: el momento de convertirse en padre o en madre, el rol de padre o madre si es el primer hijo, la composición familiar como se imaginaba, el reconocimiento de ese hijo en la mente de los demás pese al tiempo transcurrido, la confianza y la seguridad en otros hijos, la inocencia respecto al embarazo y parto, los amigos o familiares que no estuvieron a la altura y negaron la relevancia de la pérdida, el derecho a mencionar ese hijo en ciertos lugares y por último el contacto y la posibilidad de crear recuerdos.

La actitud del personal sanitario ante la pérdida gestacional ha estado marcada durante los últimos 50 años por prácticas paternalistas hacia la madre, negligentes con el padre y evitadoras con el feto.

La falta de conocimientos acerca de cómo comportarse y la tendencia inconsciente a evitar situaciones negativas, hacen que, en ocasiones, se adopte una actitud no siempre correcta consiguiendo con ello estados de frustración e impotencia (Diana et al. 2015).). Ante esta situación tan inesperada cuando se le comunica a los padres la muerte de su hijo, no son capaces de reaccionar y a continuación de esto sucede una cascada de acontecimientos en los que hay que saber conducir, orientar y ayudar. Los ingleses utilizan el acrónimo LAST, “L” (*listen*) escuchar; “A” (*acknowledgement*) para el reconocimiento del dolor y la no explicación de la pérdida; “S” (*support*) apoyo y “T” (*touch*) tacto: prestar atención al tono de voz, gestos, posturas, miradas... (Worden, Aparicio y Barberán, 1997). Y es que el acompañamiento de las parejas en el duelo por parte del personal sanitario es fundamental para que éste transcurra de una forma funcional. Hay mucho que los médicos, matronas, enfermeras, auxiliares pueden hacer para asegurar que los recuerdos que los padres se lleven sean lo más positivos posibles.

La insensibilidad por parte de un profesional en un momento traumático como es una muerte fetal, podría contribuir a dificultades a largo plazo para hacer frente al duelo, además de que podría aumentar una reacción de duelo complicado

Como profesionales sanitarios debemos ser conscientes de que la intervención hospitalaria es muy recortada y que en la mayoría de los casos solo da tiempo a prestar unos “primeros auxilios psicológicos” (Raphael, 1977) que no eliminan el dolor de la pérdida pero si facilitan el comienzo del proceso del duelo.

## **OBJETIVOS**

Describir las pautas de apoyo de los profesionales de la salud ante la muerte fetal tardía recogidas en la bibliografía, para facilitar el proceso de duelo.

## **METODOLOGÍA**

### **Diseño**

La estrategia de búsqueda se desarrolló en formato PICO, a partir del cual se identificaron DECs (Descriptores de Ciencias de la salud) y MeSH (Medical subject



Headings) Desglosado según paciente, intervención, comparador, resultado y tipo de estudio. (ver Tabla 1)

	<b>DeCS</b>	<b>MeSH</b>
<b>Paciente</b>	Muerte fetal Mortinato Dolor Duelo Atención Perinatal	Fetal death Stillbirth Grief Bereavement Perinatal Care
<b>Intervención</b>	Apoyo emocional Apoyo espiritual Apoyo a la familia Asesoramiento Aumentar el afrontamiento Disminución de la ansiedad Facilitar el duelo: muerte perinatal Facilitar la expresión del duelo Apoyo en la toma de decisiones Escucha activa Preparación al Parto	Emotional Support Spiritual support Family support Advice Increase coping Decreased anxiety Facilitate bereavement: fetal death Facilitate expression of bereavement Support decision making Active listening Childbirth Preparation
<b>Comparador/Variable</b>	No hay comparador	
<b>Outcome/Resultado</b>	Disminuir la ansiedad y el miedo Mejor afrontamiento Instauración del duelo y resolución eficaz	Reduce anxiety and fear best bereavement Establishment of mourning and effective resolution
<b>Tipo de estudio</b>	Revisión sistemática Estudios cualitativos Otros	Systematic review Qualitative studies Others

TABLA 1

Estrategia Búsqueda (Formato Pico).

*Fuente: elaboración propia*

Con estos términos se realiza una búsqueda sistemática en diferentes bases de datos online: ScieceDirect, Cochrane, Web of Sciece, Cuiden, Dialnet. ( ver Tabla 2)

	<b>BASES DE DATOS</b>	<b>RESULTADOS</b>
<b>ARTÍCULOS ENCONTRADOS</b>	ScieceDirect Cochrane Web of Sciece Cuiden Dialnet	215 11 168 26 39 <b>Total 459</b>
<b>PRESELECCIÓN</b>	ScieceDirect Cochrane Web of Sciece Cuiden Dialnet	11 1 19 5 3 <b>Total 39</b>
<b>SELECCIÓN DEFINITIVA</b>	ScieceDirect Cochrane Web of Sciece Cuiden Dialnet	1 1 6 0 0 <b>Total 8</b>

TABLA 2

Resultados de la búsqueda en bases de datos.

*Fuente: elaboración propia*

Los criterios de inclusión de los estudios son: título relacionado con la pregunta de búsqueda, la adecuación del contenido del resumen, publicación en los últimos 10 años, que describan intervenciones aplicables a nuestro objetivo de estudio, escritos en inglés y castellano. Y que se han podido obtener en texto completo. Metodológicamente no se especificó ningún criterio.

Como criterios exclusión se tuvieron en cuenta la no mención de la intervención del personal sanitario en el apoyo a la muerte fetal, artículos que estuvieran redactados en otro idioma que no sea castellano e inglés, que no se pudiera tener acceso al abstract y que no fuera posible conseguir la lectura del texto completo.

## Procedimiento

Se realizó un protocolo de revisión sistemática siguiendo la metodología de la declaración PRISMA (ver Figura 1) (Urrutia y Bonfill, 2010)

Se identificaron 459 estudios utilizando diferentes combinaciones de los descriptores DeCS/MeSH. Siguiendo los criterios de inclusión y exclusión tras la primera selección de lectura de título y abstract, se seleccionaron 39 estudios para lectura. Tras una primera revisión se eliminaron 24, pasando a 16 a lectura crítica, evaluándose la calidad de los mismos con los instrumentos de CASPE (2011), de los que únicamente se incluyeron en la selección definitiva los que obtuvieron un puntuación mínima de 6 en CASPE. Finalmente se incluyeron 8 estudios por ser considerados de mayor calidad. Se incluyeron, 3 revisiones sistemáticas, 3 estudios cualitativos, 1 Ensayo no controlado (Estudio pre-post), 1 estudio descriptivo transversal.

Posteriormente se realizó una búsqueda en otras fuentes donde se localizó 3 Guías de Práctica Clínica, para valorar la calidad de las mismas se utilizó el Instrumento AGREE incluyendo en esta revisión solo aquellas que obtuvieran el grado de recomendable. Solo la GPC del Royal College of Obstetricians and Gynaecologists obtiene la calificación de «muy recomendable», puesto que la puntuación obtenida en la valoración de cada dominio no desciende del 80%. Las otras dos guías sometidas a evaluación reciben una calificación «muy poco recomendable» ya que varios dominios del AGREE II no han podido evaluarse siquiera. Respecto a la GPC “Guía para la atención a la muerte perinatal y neonatal” elaborada de la colaboración de las asociaciones españolas el Parto es Nuestro y Umamanita (Apoyo para la muerte Perinatal & Neonatal) aunque no cumple los criterios de calidad del AGREE II, debemos destacar que el documento surge del trabajo conjunto de madres y padres que sufrieron éstas pérdidas y de la experiencia de los profesionales (matronas, obstetras, psicólogos y psiquiatras) del área perinatal que les asistieron, actualmente es la única GPC elaborada en España.

La revisión finalmente se hizo con 8 estudios (3 revisiones sistemáticas, 3 estudios cualitativos, 1 Ensayo no controlado (Estudio pre-post), 1 estudio descriptivo transversal) y 1 GPC.

Para la obtención y extracción de los datos se realiza una tabla de síntesis de resultados (Tabla 3, se recoge en el anexo), tras la misma y dada la heterogeneidad de los estudios se lleva a cabo una síntesis narrativa; sintetizando los datos en tres categorías temáticas: la experiencia de los padres con el personal sanitario, la experiencia del personal sanitario tras una muerte fetal y recomendaciones para prestar apoyo durante el proceso del duelo.

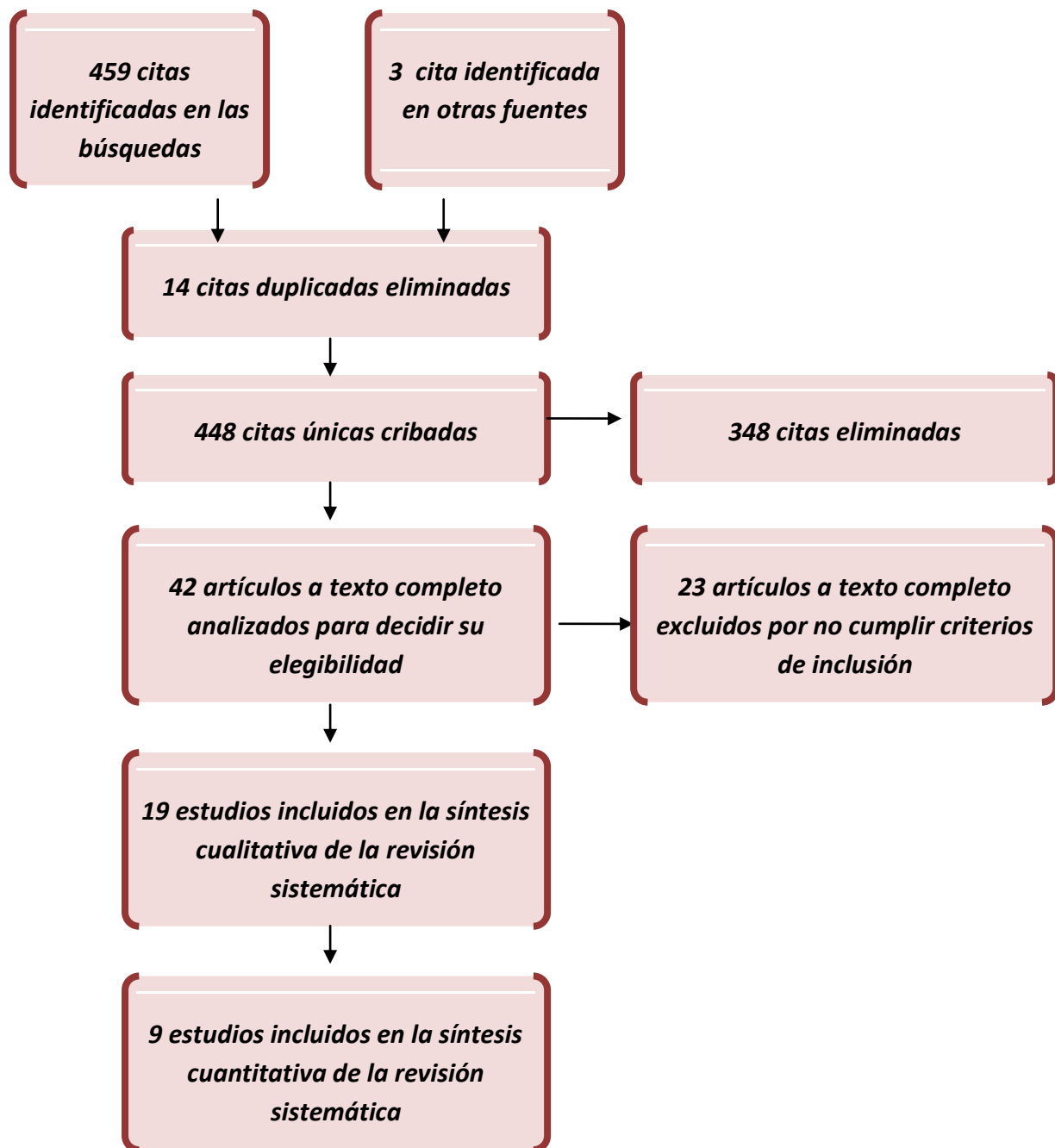


FIGURA 1

Diagrama de flujo de la información a través de las diferentes fases de una revisión sistemática

Fuente: elaboración propia a partir Urrutia y Bonfill (2010)

## DISCUSION Y RESULTADOS.

Tras la extracción de los datos y dada la heterogeneidad de los estudios se lleva a cabo una síntesis narrativa; sintetizando los datos en tres categorías temáticas: la experiencia de los padres con el personal sanitario, la experiencia del personal sanitario tras una muerte fetal y las recomendaciones para prestar apoyo durante el proceso del duelo.

### EXPERIENCIA DE LOS PADRES CON EL PERSONAL SANITARIO

El cuidado que los padres reciben alrededor del momento de la pérdida tiene un gran impacto en su percepción de la muerte, en el recuerdo de lo que sucedió, en su capacidad a la hora de hacerlo frente y en su bienestar a largo plazo. Y es que en el trabajo realizado por Montero, Sánchez, Montoro, Crespo, Jaén y Tirado (2011) incluido en esta revisión, se describen como los padres experimentan las mismas reacciones que las observadas en otras situaciones de duelo, como sentimientos de vacío interior, culpabilidad, irritabilidad, pena abrumadora, temor a un nuevo embarazo, rabia, incredulidad y apatía. Y es que la pérdida de un hijo según Rando (1986) y el trabajo de Zeanah, Danis, Hirshberg, y Dietz (1995) se asocia con una experiencia de dolor que es particularmente grave, de larga duración, y complicada, con síntomas que fluctúan en intensidad y duración. Debemos destacar también que los estudios que se han hecho a los padres donde en muchas ocasiones se opinan sobre el trato recibido en numerosas ocasiones estos concluyen en la escasa atención y apoyo recibidos en el medio hospitalario, lo que nos debería llevar a pensar que algo falla a la hora de realizar el acompañamiento del duelo en estas parejas.

Unos cuidados no pueden eliminar el dolor y la devastación que los padres sienten, pero la insensibilidad y la mala atención pueden empeorarlos. En una revisión realizada por Gold en 2007 donde se analizaron 61 artículos (la mayoría de tipo cualitativo) y cuyo objetivo fue aportar información sobre la interacción de los padres con el equipo de salud, acabo concluyendo como los padres valoraban el apoyo emocional, la atención a la madre y el bebé, así como la asistencia al dolor de su pérdida. Y es que en un trabajo realizado en 1977 por Raphael remarca la prestación de unos "primeros auxilios psicológicos" que no eliminan el dolor de la pérdida pero si facilitan el comienzo del proceso del duelo.

En esta misma revisión se indica que la insensibilidad, las conductas de evitación y la falta de comunicación por parte del personal eran los comportamientos que más angustia generaba en los padres.

En otra revisión sistemática realizada este año por Peter, Lisy, Riitano, Jordan y Aromataris donde se analizaron 22 artículos, concluyó en la importancia que se debe dar a la información que se facilita a los padres y el entorno donde los padres pasan por este proceso. Y es que en otro estudio realizado en 2012 por de Kelley y Trinidad como resultado se obtuvo que muchas veces el ambiente donde el personal desempeña sus funciones es un ambiente animado, en total contradicción con el momento tan doloroso que están pasando los padres. En este mismo trabajo los padres refieren que su dolor es sentido pero que no es socialmente reconocido, esto coincide con la calificación que Doka en 1989 da al duelo por muerte fetal, enmarcándolo como un *duelo desautorizado* que se encuentra dentro de la pérdidas

que no tienen derecho al dolor, y que lo define como "duelo que experimentan las personas cuando tienen una pérdida que es o no puede ser reconocida abiertamente, públicamente llorada, o socialmente apoyada ".En este estudio a su vez se hace referencia también a la concepción que tienen algunos médicos ya que aunque ven la muerte fetal como una tragedia, la consideran menos traumática que la muerte de un recién nacido.

## EXPERIENCIA DEL PERSONAL SANITARIO TRAS UNA MUERTE FETAL

En el estudio de Montero et al. (2011), donde se entrevistaron a 19 profesionales de la salud puso de manifiesto la falta de conocimientos y de recursos por parte del personal sanitario para enfrentar la pérdida perinatal adoptándose actitudes poco adecuadas, generando en ellos una sensación de ansiedad, impotencia y frustración que compromete la competencia profesional. Estas sensaciones coinciden con las descritas en el trabajo publicado por Diana, del Cerro, Cañadas, García, Recover y de Merlo (2015).

Además de la falta de conocimientos debemos recordar el impacto emocional que la muerte fetal produce en los profesionales. Tal es así que en el estudio transversal realizado por Gold, Kuznia y Hayward en 2008, en el cual se paso una encuesta a 1500 obstetras estadounidenses, se obtuvo que el 75% de los encuestados, el cuidado de una paciente con muerte fetal les generaba un gran impacto emocional, y casi uno de cada 10 obstetras habían considerado renunciar a la práctica obstétrica debido a la dificultad emocional que este cuidado les generaba. En este estudio se describió también las estrategias utilizadas por estos profesionales para hacer frente a esta situación, un 87% fue hablando con sus colegas mientras que un 56% lo hizo hablando con su familia. Otro estudio cualitativo realizado en 2014 por Nuzum, Meaney y O'Donoghue, que consistió en una entrevista a 8 profesionales. Además de coincidir en el impacto personal que la muerte fetal causa, alterando la atención prestada a los padres, debemos sumarle la responsabilidad profesional que se ve aumentada por las preocupaciones médico-legales.

Así el cuidado de una familia que ha experimentado una muerte fetal, crea una situación de estrés entre el personal sanitario difícilmente abordable, que favorece la adopción de conductas de evasión y elusión del tema. En el estudio Pre-Post realizado en 2005 por Cartwright y Read , tras la realización de una serie talleres los profesionales demostraron un mayor conocimiento y comprensión del tema, Informaron que su nivel de autoconfianza había aumentado, tanto a la hora de hablar con las familias como con otros profesionales. Tomando más conciencia del impacto que tiene la muerte fetal en las familias.

Remarcaron la necesidad de tener un espacio donde pudieran expresar su dolor y la ansiedad que la asistencia a la perdida gestacional les genera. Finalmente reconocieron la importancia de la colaboración interprofesional a la hora de proporcionar una atención continua y de calidad a los padres que están pasando por el proceso del duelo.

## RECOMENDACIONES PARA PRESTAR APOYO DURANTE EL PROCESO DEL DUELO

Aún sabiendo la importancia que tiene la actuación de los profesionales a la hora de acompañar a éstas parejas, el número de estudios de calidad realizados es escaso. De hecho la revisión de la Crochane realizada por Vcki y Trishal en 2007, donde solo se incluían ensayos clínicos aleatorios, solo seleccionó tres ensayos como potencialmente elegibles para su inclusión en la revisión, pero finalmente se excluyeron todos ellos ya que la pérdida de la tasa de seguimiento era significativa. Estos autores concluyeron finalmente que no había suficiente información disponible sobre los ECA para indicar si las intervenciones que se orientan a brindar apoyo u orientación psicológica a las madres, padres o familias después de una muerte perinatal presentan algún beneficio. Remarcando la necesidad de ensayos metodológicamente rigurosos.

Aunque un programa de duelo en un hospital puede incorporar una gran variedad de intervenciones, muy pocos programas han sido puestos en marcha o probados sistemáticamente para comprobar su eficacia. Muchos recomiendan una serie de actuaciones que son ampliamente aceptadas como útiles pero que carecen de una evaluación rigurosa teniendo en cuenta todos los factores que influyen en este afrontamiento, como por ejemplo la diversidad cultural. La GPC que se incluye en esta revisión desarrollada por el Royal College of Obstetrician and Gynaecologist (2010) y que lleva por título “Late Intrauterine fetal death and stillbirth” es el resultado de un exhaustivo análisis de 176 artículos que nos informa también de qué tipo de atención e intervenciones debe recibir antes, durante y después del parto, así como las consideraciones que hay que tener en embarazos futuros..

Debido a la diversidad existente en torno al término de muerte fetal se deriva una dificultad metodológica cuando se intenta establecer comparaciones entre las diferentes publicaciones.

Es necesario pues que organismos de gran envergadura como la OMS (2000) o el Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2010) lleguen a un acuerdo en las semanas de gestación donde se empieza hablar de muerte fetal. Actualmente en España según los protocolos de muerte fetal anteparto de la SEGO (2008) y el Protocolo del Hospital Clinic de Barcelona (2014) la muerte fetal tardía queda definida como “la muerte fetal que se produce a partir de los 1.000 g de peso y/o mayores de 28 semanas completas de gestación” coincidiendo con la definición emitida por la OMS (2000). Otra complicación que se deriva de la variedad en las definiciones es la utilización del término “perinatal”, ya que muchos artículos cuando hablan de muerte fetal tardía hablan de muerte perinatal, pero debemos hacer hincapié en que muerte perinatal comprende la muerte fetal tardía, la muerte durante el parto y la muerte acaecida durante los primeros 7 días de vida tras el nacimiento. De hecho el Instituto Nacional de Estadística (2015) define la Tasa de mortalidad Perinatal como “el número de muertes fetales después de 28 semanas de embarazo más el número de muertes de niños menos de 7 días por cada 1000 nacidos vivos”. Uno de los trabajos incluidos en esta revisión realizado EEUU por Gold en 2007, describe la muerte perinatal como al número pérdidas producidas entre las 14 semanas y el primer mes de vida.

Este uso erróneo de la terminología dificulto enormemente la búsqueda a la vez que constituyo una limitación para la elaboración del estudio

## **CONCLUSIONES**

La atención que reciben los padres tras una muerte fetal tardía debe ser individualizada y personal.

La insensibilidad, las conductas de evitación y la falta de comunicación por parte del personal sanitario son los comportamientos que más negativamente valoran los padres.

El apoyo emocional, la atención a la madre y al bebé, así como la asistencia al dolor de su pérdida son las conductas mejor valoradas

Se debe ofrecer un espacio adecuado, asignando lugares privados con personal capacitado para abordar el duelo

Los profesionales sanitarios deben utilizar una información que sea clara y cercana, que esté basada en la evidencia y que cuyo enfoque esté centrado en los padres, sin imponer sus propios valores y creencias.

La muerte fetal tiene un gran impacto emocional en los profesionales alterando el apoyo prestado.

La responsabilidad profesional se ve aumentada por las preocupaciones médico-legales.

La falta de conocimientos y de recursos por parte del personal sanitario hacen que se adopten actitudes poco adecuadas, que generan ansiedad, impotencia y frustración, comprometiendo así la competencia profesional.

Una formación específica sobre duelo perinatal, habilidades de comunicación y técnicas de relación de ayuda demuestran un mayor conocimiento y comprensión del tema así como un aumento del nivel de autoconfianza de los profesionales.

La anticipación y ser capaces de reconocer los diferentes aspectos de la pena permite a los profesionales implementar una intervención más eficaz.

Se remarca la necesidad de tener un espacio donde los profesionales sanitarios puedan expresar su dolor y la ansiedad que la asistencia a la pérdida gestacional les genera.

Es de suma importancia la colaboración interprofesional a la hora de proporcionar una atención continua y de calidad a los padres que están pasando por el proceso del duelo.

Cualquier hospital que ofrezca atención obstétrica debe establecer un protocolo y un plan de actuación para casos de muerte fetal.



Las investigaciones futuras en este ámbito deben centrarse en estudios observacionales prospectivos de alta calidad o ensayos controlados aleatorios de atención a los padres para determinar cómo las intervenciones del personal sanitario afectan en la evolución del duelo.

## BIBLIOGRAFÍA

- AGREE Next Steps Consortium (2009). El Instrumento AGREE II Versión electrónica. Recuperado el 15 de Agosto de 2015 desde <http://www.agreetrust.org/>
- Bennett, S. M., Litz, B. T., Lee, B. S., & Maguen, S. (2005). The scope and impact of perinatal loss: Current status and future directions. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(2), 180-187.
- Cabodevilla, I. (2007). Las pérdidas y sus duelos. *In Anales del sistema sanitario de Navarra* (Vol. 30, pp. 62-75). Gobierno de Navarra. Departamento de Salud.
- Cacciatore, J. (2010). Stillbirth: patient-centered psychosocial care. *Clinical obstetrics and gynecology*, 53(3), 691-699.
- Carbonell, X., & Gonzalez, E. F. (2007). Recommendations and guidelines for perinatal medicine. *J. M. Carrera (Ed.). Matres mundi*.
- Cartwright, P., & Read, S. (2005). Working with practitioners to develop training in perinatal loss and bereavement: Evaluating three workshops. *Nurse education in practice*, 5(5), 266-273.  
[Doi:10.1016/j.nepr.2005.01.004](https://doi.org/10.1016/j.nepr.2005.01.004)
- CASPE Critical Appraisal Skills Programme Español (2011). Recuperado el 15 de Agosto de 2015 desde <http://www.redcaspe.org/>
- Castroagudín, S. G., López, I. S., Teijo, F. P., Marra, M. J. L., & Vidal, E. R. (2013). Papel de la matrona en el manejo del duelo perinatal y neonatal. *Cadernos de atención primaria*, 19(2), 113-117.
- Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). Disponible en [http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/CIE9MC\\_8ed.pdf](http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/CIE9MC_8ed.pdf)
- Condon, J. T. (1986). Management of established pathological grief reaction after stillbirth. *The American journal of psychiatry*.
- Definiciones perinatológicas. 2010. Protocolos Asistenciales SEGO. Disponible en: [www.sego.es](http://www.sego.es)
- de Enfermería, D. (2007). Definiciones y clasificación 2007-2008. North American Nursing Diagnosis Association (NANDA).
- de Psiquiatría, A. A. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5. *Médica Panamericana, España*.
- Diana, C. S., del Cerro, E. L., Cañadas, A. M. C., García, M. T. G., Recover, A. N. A., & de Merlo, G. G. (2015). Muerte fetal anteparto. Duelo perinatal. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*.
- Duarte, L., Paneque, M. D. C. M., García, S., & Del, M. (2012). *GUIA CLÍNICA DE ABORDAJE DEL DUELO PERINATAL*. Bubok.
- Flenady, V., & Wilson, T. Apoyo a madres, padres y familias después de la muerte perinatal (revisión traducida). La Biblioteca Cochrane Plus (biblioteca en internet). 2008 (acceso: 26 may 2015); 3 (1):(aprox. 22 p.).
- Gardosi, J., Kady, S. M., McGeown, P., Francis, A., & Tonks, A. (2005). Classification of stillbirth by relevant condition at death (ReCoDe): population based cohort study. *Bmj*, 331(7525), 1113-1117.
- Gilbert, K. R., & Smart, L. S. (1992). *Coping with infant or fetal loss: The couple's healing process*. New York: Brunner/Mazel Najman, J. M., Vance, J. C., Boyle, F. M., Embleton, G., Foster, B., & Thearle, J. (1993).

- Gold, K. J. (2007). Navigating care after a baby dies: a systematic review of parent experiences with health providers. *Journal of Perinatology*, 27(4), 230-237. Doi:10.1038/sj.jp.7211676. Disponible en <http://www.nature.com/jp/journal/v27/n4/abs/7211676a.html>
- Gold, K. J., Kuznia, A. L., & Hayward, R. A. (2008). How physicians cope with stillbirth or neonatal death: a national survey of obstetricians. *Obstetrics & Gynecology*, 112(1), 29-34. Doi: 10.1097/AOG.0b013e1817d0582
- Heazell, A. E., Leisher, S., Cregan, M., Flenady, V., Frøen, J. F., Gravensteen, I. K., ... & Erwich, J. J. H. (2013). Sharing experiences to improve bereavement support and clinical care after stillbirth: report of the 7th annual meeting of the International Stillbirth Alliance. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, 92(3), 352-361.
- Henley, A., & Schott, J. (2008, October). The death of a baby before, during or shortly after birth: good practice from the parents' perspective. In *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine* (Vol. 13, No. 5, pp. 325-328). WB Saunders. Doi:10.1016/j.siny.2008.03.003
- Instituto Nacional de Estadística. Indicadores Demográficos Básicos. Consultado en <http://www.ine.es/>
- Instituto Nacional de Estadística (2015). Indicadores Demográficos. Metodología. Disponible en [http://www.ine.es/metodologia/t20/metodologia\\_idb.pdf](http://www.ine.es/metodologia/t20/metodologia_idb.pdf)
- Kelley, M. C., & Trinidad, S. B. (2012). Silent loss and the clinical encounter: Parents' and physicians' experiences of stillbirth—a qualitative analysis. *BMC pregnancy and childbirth*, 12(1), 137.
- Kirkley-Best, E., & Kellner, K. R. (1982). The forgotten grief: A review of the psychology of stillbirth. *American Journal of Orthopsychiatry*, 52(3), 420.
- Lang, A., Goulet, C., & Amsel, R. (2004). Explanatory model of health in bereaved parents post fetal/infant death. *International Journal of Nursing Studies*, 41(8), 869-880.
- López García de Madinabeitia, A. P. (2011). Duelo perinatal: un secreto dentro de un misterio. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(1), 53-70.
- Mander, R. (1994) Loss and bereavement in childbearing. *Oxford: Blackwell Publishing*.
- Montero, S. M. P., Sánchez, J. M. R., Montoro, C. H., Crespo, M. L., Jaén, A. G. V., & Tirado, M. B. R. (2011). La vivencia de la pérdida perinatal desde la perspectiva de los profesionales de la salud. Disponible en [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n6/es\\_18.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n6/es_18.pdf)
- Najman, J. M., Vance, J. C., Boyle, F. M., Embleton, G., Foster, B., & Thearle, J. (1993). The impact of a child death on marital adjustment. *Social Sciences & Medicine*, 37(8), 1005-1010.
- No, G. T. G. (2010). Late Intrauterine Fetal Death and Stillbirth. Disponible en <http://www.umamanita.es/wp-content/uploads/2015/05/RCOG-Late-Intrauterine-fetal-death-and-stillbirth.pdf>
- Nuzum, D., Meaney, S., & O'Donoghue, K. (2014). The impact of stillbirth on consultant obstetrician gynaecologists: a qualitative study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 121(8), 1020-1028

- Olivier, L. E. (1999). Effects of a child's death on the marital relationship: A review. *Omega*, 39(3), 197-227.
- Ovalle, S., Kakarieka, W., Correa, P., Vial, P., Teresa, M., & Aspillaga, M. (2005). Estudio anatómico-clínico de las causas de muerte fetal. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 70(5), 303-312.
- Pastor Montero, S. M., Romero Sánchez, J. M., Hueso Montoro, C., Lillo Crespo, M., Vacas Jaén, A. G., & Rodríguez Tirado, M. B. (2011). Experiences with perinatal loss from the health professionals perspective. *Revista latinoamericana de enfermagem*, 19(6), 1405-1412.
- Peters, M. D., Lisy, K., Riitano, D., Jordan, Z., & Aromataris, E. (2015). Caring for families experiencing stillbirth: Evidence-based guidance for maternity care providers. *Women and birth: journal of the Australian College of Midwives*. Doi: 10.1016/j.wombi.2015.07.003
- Protocolo Muerte Fetal Anteparto. 2008. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Disponible en <http://www.prosego.com/categoria-guia-asistencia/medicina-perinatal/page/5/> consultada el 13/08/2015
- Protocolo: Pérdida gestacional segundo trimestre y éxitus fetal anteparto (2014). Hospital Clínic Barcelona. Disponible en : [http://www.medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/patologia\\_fetal/%C9xitus%20fetal%20y%20p%20E9rdida%20gestacional%20%BA%20trimestre%20-%20versi%F3%20nov%202014.pdf](http://www.medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/patologia_fetal/%C9xitus%20fetal%20y%20p%20E9rdida%20gestacional%20%BA%20trimestre%20-%20versi%F3%20nov%202014.pdf)
- Rando, T. A. (1986). The unique issues and impact of the death of a child. In T. A. Rando (Ed.), *Parental loss of a child* (pp. 5-43). Champaign, IL: Research Press Company.
- Raphael, B. (1977). Preventive intervention with the recently bereaved. *Archives of general psychiatry*, 34(12), 1450-1454.
- Rodríguez Alvaro, M., García Hernández, A. M., & Toledo Rosell, C. (2008). Hacia una visión constructivista del Duelo. *Index de Enfermería*, 17(3), 193-196.
- Smith, G. C., Pell, J. P., & Bobbie, R. (2003). Caesarean section and risk of unexplained stillbirth in subsequent pregnancy. *The Lancet*, 362(9398), 1779-1784.
- STROEBE M, SCHUT H..(1999). Dual process model.En Meaning reconstruction and the experience of loss(375-404).Washington DC: American PsychologicalAssociation.
- Urrutia, G., & Bonfill, X. (2010). Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Medicina clínica*, 135 (11), 507-511
- Vance, J. C., Boyle, F. M., Najman, J. M., & Thearle, M. J. (2002). Couple distress after sudden infant or perinatal death: A 30-month follow up. *Journal of Paediatric Child Health*, 38(4), 368-372.
- Vicki Flenady, Trish Wilson, (2009).Apoyo a madres, padres y familias después de la muerte perinatal (Revision Cochrane traducida). En: *Biblioteca Cochrane Plus* 2009 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.bibliotecacochrane.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 1 Art no. CD000452. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Worden, J. W., Aparicio, Á., & Barberán, G. S. (1997). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós.

World Health Organization.(2000). Definitions and indicators in family planning maternal & child health and reproductive health used in the WHO regional office for Europe. Disponible en <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/108284/1/E68459.pdf>

Zeanah, C. H., Danis, B., Hirshberg, L., & Dietz, L. (1995). Initial adaptation in mothers and fathers following perinatal loss. *Infant Mental Health Journal*, 16(2), 80-93.

## ANEXO

Autor ,Título y año	Tipo de estudio	Población	Intervención o Variable	Resultados	Comentarios
<p><b>Gold, K. J.</b>  <b>Navigating care after a baby dies: a systematic review of parent experiences with health providers</b>  <b>(2007)</b></p>	<p>Revisión sistemática</p>	<p>61 estudios (gran mayoría cualitativos)</p>	<p>Su objetivo es aportar información sobre la interacción de los padres con el equipo de salud</p>	<p>Se obtuvo que las enfermeras brindaban mejor apoyo emocional que el ofrecido por los médicos. Los padres valoran el apoyo emocional, la atención a la madre y el bebé, así como la asistencia al dolor de su pérdida. La insensibilidad , las conductas de evitación y la falta de comunicación por parte del personal eran los comportamientos más angustiantes para los padres</p>	<p>CASPE 7/10</p> <p>Las interacciones del personal sanitario con las padres tiene un gran efecto en estos últimos. Los padres perciben varios comportamientos calificándolos de irreflexivos e insensibles. Los médicos y las enfermeras pueden beneficiarse de una mayor capacitación en apoyo de duelo.</p>
<p><b>Peters et al.</b>  <b>Caring for families experiencing stillbirth: Evidence based guidance for maternity care providers</b>  <b>(2015)</b></p>	<p>Revisión sistemática</p>	<p>22 Estudios cualitativos</p>	<p>Promover e informar una práctica basada en la información significativa y culturalmente apropiada entre los profesionales sanitarios ,favoreciendo el cuidado de las madres y las familias que experimentan una muerte fetal.</p>	<p>Importancia de la información facilitada , la necesidad de apoyo emocional tras la pérdida y un entorno lugar apropiado dentro de las salas de maternidad</p>	<p>CASPE 8/10</p> <p>Este documento presenta las implicaciones para la práctica de interés para el cuidado de las madres y las familias que se han desarrollado desde el conclusiones sintetizadas de la revisión exhaustiva y la entrada de un grupo asesor de expertos de investigadores de muerte fetal, personal clínico y padres que han experimentado la muerte fetal.</p>
<p><b>Autor ,Título y año</b></p>	<p><b>Tipo de estudio</b></p>	<p><b>Población</b></p>	<p><b>Intervención o Variable</b></p>	<p><b>Resultados</b></p>	<p><b>Comentarios</b></p>

<p><b>Cartwright &amp; Read</b> <b>Working with practitioners to develop training in peri-natal loss and bereavement: Evaluating three workshops</b> <b>(2005)</b></p>	<p>Ensayo no controlado (Estudio Pre-post)</p>	<p>Profesionales Sanitarios en contacto con la pérdida perinatal y que estuvieran interesados en participar.</p>	<p>El objetivo general de los talleres fue identificar las cuestiones clave y explorar los enfoques profesionales del personal sanitario cuando se enfrenta a la pérdida perinatal. Como objetivo a largo plazo en la realización de los se talleres se informó de la necesidad de habilidades por parte del personal sanitario para promover la salud materna anticipándose a la depresión post-natal y a posteriori favorecer una crianza positiva en su siguiente maternidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los cuestionarios post-taller demostraron un mayor conocimiento y comprensión del tema, que debería conducir a una mayor con fianza en la práctica clínica.</li> <li>- Los participantes además informaron que su nivel de autoconfianza había aumentado, tanto a la hora de hablar con las familias como con otros profesionales.</li> <li>- Toma de conciencia por parte de los profesionales del impacto que tiene el impacto de la pérdida en los estilos de vida de las familias.</li> <li>- Los participantes remarca-ron la necesidad de tener un espacio donde poder expresar su dolor y la ansiedad que la asistencia a la perdida general les genera.</li> <li>- Finalmente se reconoció la importancia de la colaboración entre matronas y otros profesionales de la salud como al crucial a la hora de proporcionar una atención continua y de calidad a los padres que están pasando por el proceso del duelo.</li> </ul>	<p>CASPE 8/10</p> <p>Con estudio se afirmó la importancia del apoyo a las familias. Se Identificó la necesidad de una buena formación de los profesionales para poder brindar el apoyo durante el duelo. Y finalmente se reconoció también la importancia del apoyo y la comunicación entre los diferentes miembros del equipo multidisciplinar.</p>
--	--	--	--	---	--

Autor ,Título y año	Tipo de estudio	Población	Intervención o Variable	Resultados	Comentarios
<p><b>Gold, Kuznia, &amp; Hayward</b></p> <p><b>How physicians cope with stillbirth or neonatal death: a national survey of obstetricians.</b></p> <p><b>(2008).</b></p>	<p>Estudio decriptivo transversal</p>	<p>1500 obstetras estadounidenses</p>	<p>Identificar las experiencias estadounidenses y sus actitudes sobre la muerte perinatal, sus estrategias de afrontamiento, y sus creencias acerca de la adecuación de su formación sobre el duelo.</p>	<p>El 75% de los encuestados informo que el cuidado de un paciente con muerte fetal tuvo un gran impacto emocional, y casi uno de cada 10 obstetras habían considerado renunciar a la práctica obstétrica debido a la dificultad emocional en el cuidado de una paciente con muerte fetal. Hablando informalmente con los colegas (87%) o los amigos y la familia (56%) fueron las estrategias más comunes utilizados por los médicos para hacer frente a esta situación.</p>	<p>CASPE 8/10</p> <p>Una mejora en la formación en cuidado del duelo puede ayudar a los obstetras ha mejorar la calidad de los cuidados, además de hacer frente a sus propias emociones.</p>
<p><b>Montero et al.</b></p> <p><b>Experiences with perinatal loss from the health professionals perspective</b></p> <p><b>(2011)</b></p>	<p>Estudio cualitativo con un enfoque fenomenológico</p>	<p>19 profesionales sanitarios de los cuales 16 eran mujeres y 3 eran hombres, con edades comprendidas entre 26 y 48 años. Los profesionales pertenecen a cuatro categorías profesionales distintas siendo nueve de ellos enfermeras, tres matronas, cinco auxiliares de enfermería y dos obstetras.</p>	<p>El objetivo de este artículo es conocer la experiencia vivida por los profesionales de la salud en situaciones de muerte y duelo perinatal y describir las estrategias de actuación ante la pérdida perinatal para poder brindar un buen apoyo del duelo.</p>	<p>Se ponen de manifiesto la falta de conocimientos y de recursos por parte del personal sanitario para enfrentar la pérdida perinatal haciendo que se adopten actitudes poco adecuadas en estas situaciones, generando una sensación de ansiedad, impotencia y frustración que compromete la competencia profesional.</p>	<p>CASPE 9/10</p> <p>Es fundamental promover programas de formación para adquirir conocimientos y destrezas sobre el duelo perinatal y elaborar una guía de práctica clínica para la atención a la pérdida perinatal</p>



Autor ,Título y año	Tipo de estudio	Población	Intervención o Variable	Resultados	Comentarios
<p><b>Nuzum, Meaney, &amp; O'Donoghue</b></p> <p><b>The impact of stillbirth on consultant obstetrician gynaecologists: a qualitative study.</b></p> <p><b>(2014)</b></p>	<p>Estudio cualitativo</p>	<p>Muestra intencional de ocho profesionales que atienden a los padres tras la muerte fetal</p>	<p>Explorar el impacto personal y profesional de muerte fetal en ginecólogos obstetras</p>	<p>Se dividieron en dos temas de orden superior: la respuesta humana a la muerte fetal y el peso de la responsabilidad profesional. La respuesta humana a la muerte fetal se caracteriza de dos maneras: el impacto personal de los profesionales y la forma en que, a su vez, prestan atención a los padres . El peso de la responsabilidad profesional se caracteriza por la carga profesional y las preocupaciones médico-legales.</p>	<p>CASPE 8/10</p> <p>Este estudio se describe las diversas experiencias de los profesionales consultados, revelando una visión muy humana en la carga personal sobre la muerte fetal. Destaca una conciencia por parte de los profesionales consultados y de la aflicción que experimentan los padres cuando pasan por esta tragedia.</p>
<p><b>Kelley &amp; Trinidad</b></p> <p><b>Silent loss and the clinical encounter: Parent´s and physicians´ experiences of stillbirth a qualitative analysis</b></p> <p><b>(2012)</b></p>	<p>Estudio cualitativo secundario</p>	<p>Los datos proceden de la transcripción 3 grupos focales semi-estructurados realizados con los padres que habían sufrido una muerte fetal y de los 2 grupos de discusión con los obstetras-ginecólogos de la gran región de Seattle, en el estado de Washington</p>	<p>El objetivo es analizar la experiencia de los padres en el contexto clínico tras la pérdida y comprender mejor cuales son los puntos de vista y las creencias de los obstetras sobre la muerte fetal y sus pacientes.</p>	<p>El ambiente donde el personal desempeña sus funciones es un ambiente animado, en total contradicción con el momento tan doloroso que están pasando los padres. Las intención por parte del personal sanitario por ofrecer una comodidad a menudo a tenido un efecto contrario. Los padres manifiestan que su dolor es sentido pero que no es socialmente reconocido. Los médicos a su vez ven la muerte fetal como una tragedia , aunque algunos de ellos la consideran menos traumática que la muerte de un recién nacido.</p>	<p>CASPE 9/10</p> <p>Los hospitales deben ofrecer un entorno físico adecuado, ofertando espacios privados con personal capacitado para abordar el duelo. Respecto al personal médico es necesario programas de formación, al igual que mas investigación para saber cuáles son las intervenciones más eficaces para abordar el duelo, teniendo siempre en cuenta la diversidad cultural. Se remarca la necesidad de un seguimiento profesional de los dolientes más allá de la hospitalización. Tanto los padres como los profesionales médicos pueden desempeñar un papel importante en revertir el estigma que rodea la muerte fetal.</p>

Autor ,Título y año	Tipo de estudio	Población	Intervención o Variable	Resultados	Comentarios
<p><b>Vicki &amp; Trish</b></p> <p><b>Apoyo A Madres, Padres Y Familias Después De La Muerte Perinatal</b></p> <p><b>(2007)</b></p>	<p>Revisión Sistemática</p>	<p>ECA</p>	<p>Evaluar los efectos de proporcionar cualquier forma de apoyo médico, de enfermería, social o psicológico u orientación, o ambos, a la madre, el padre y las familias después de la muerte perinatal.</p>	<p>No se incluyeron ensayos</p>	<p>CASPe: 7/10</p> <p>No hay suficiente información disponible sobre los ensayos aleatorios para indicar si las intervenciones que se orientan a brindar apoyo u orientación psicológica a las madres, padres o familias después de una muerte perinatal presentan algún beneficio. Se necesitan ensayos metodológicamente rigurosos.</p>
<p><b>Royal College of Obstetrician and Gynaecologist</b></p> <p><b>Late Intrauterine fetal death and stillbirth</b></p> <p><b>(2010)</b></p>	<p>Guía de Práctica Clínica</p>	<p>176 estudios (revisiones sistemáticas, ensayos controlados aleatorios, estudios de cohortes, estudios de casos y controles)</p>	<p>Identificar las opciones basadas en la evidencia para las mujeres (y sus familiares) que tiene una muerte fetal tardía. Incorporar información sobre la atención antes, durante y después del parto, además de embarazos futuros.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Seminarios sobre las causas y la atención de la muerte fetal tardía.</li> <li>- Habilidades de capacitación para el diagnóstico mediante ultrasonido</li> <li>- Capacitación para las discusiones con los padres acerca del mortinato</li> <li>- Capacitación en el examen post mortem, incluido el consentimiento.</li> <li>- El entrenamiento adicional en muerte fetal tardía en los expertos en duelo.</li> <li>- Reuniones multidisciplinarias trimestrales para el análisis crítico sobre la patología de los mortinatos.</li> <li>-Juegos de Rol sobre la actuación ante la muerte fetal tardía, en la formación de los alumnos de obstetricia.</li> </ul>	<p>AGREE II: Guía muy recomendable</p>

**TABLA 3**

*Síntesis de resultados*

*Fuente: elaboración propia*

