



Intervención de enfermería ante la muerte perinatal en el ámbito hospitalario

Una revisión integradora

Memoria presentada para optar al título de Graduado o Graduada
en Enfermería de la Universitat Jaume I presentada por Andrea
Maeso Bartoll en el curso académico 2021-2022.

Este trabajo ha sido realizado bajo la tutela de Laura Andreu Pejó.

1 de julio de 2022

Solicitud del alumno/a para el depósito y defensa del TFG

Yo, Andrea Maeso Bartoll, con NIF 53729990-N, alumno de cuarto curso del Grado en Enfermería de la Universitat Jaume I, expongo que durante el curso académico 2021/2022.

- He superado al menos 168 créditos ECTS de la titulación
- Cuento con la evaluación favorable del proceso de elaboración de mi TFG.

Por estos motivos, solicito poder depositar y defender mi TFG titulado “Intervención de enfermería ante la muerte perinatal en el ámbito hospitalario”, tutelado por la profesora Laura Andreu Pejó, defendido en lengua castellana, en el período de **1 de julio, 2022**.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Amb', with a small dot at the end of the stroke.

Firmado: Andrea Maeso Bartoll

Castellón de la Plana, a 17 de junio de 2022.

Agradecimientos

A mi madre, a mi pareja y a mis hermanas, por estar y escucharme cuando más lo necesitaba, durante este último año, a lo largo de estos cuatro años y siempre.

A mis amigas, por ser un apoyo y una vía de escape en los momentos clave.

A mi psicóloga, que me ha dado las fuerzas, la seguridad y me ha permitido volver a encontrar la motivación e ilusión en este trabajo.

A mi tutora, por su esfuerzo y por haberme aconsejado y guiado durante todos estos meses.

A los profesores y profesionales que he conocido durante mi formación que han permitido y facilitado mi aprendizaje.

Y, sobre todo, a mis compañeras de carrera y ahora amigas, que me han acompañado en el descubrimiento de la enfermería compartiendo la vocación por esta profesión.

Índice

Resumen	7
1. Introducción	10
1.1. La muerte perinatal	10
1.1.1. Epidemiología.....	12
1.1.2. Etiología de la muerte perinatal y factores de riesgo asociados	14
1.1.3. Signos y síntomas físicos de la mujer asociados a la muerte perinatal	17
1.1.4. Aspectos legales relacionados con la muerte perinatal.	19
1.2. Abordaje de la muerte perinatal.....	20
1.2.1. Aspectos socioculturales entorno a la muerte perinatal.....	21
1.2.2. Impacto psicológico y afrontamiento de la pérdida perinatal: el duelo....	21
1.2.3. Abordaje de la muerte perinatal en el contexto sanitario	24
1.3. Justificación.....	26
2. Objetivos.....	27
2.1. Objetivo principal	27
2.2. Objetivos secundarios.....	27
3. Metodología.....	28
3.1. Diseño.....	28
3.2. Pregunta clínica de investigación	28
3.3. Palabras clave y Descriptores	29
3.4. Bases de Datos y estrategia de búsqueda.....	30

Intervención de enfermería ante la muerte perinatal en el ámbito hospitalario

3.4.1. Estrategia de búsqueda en PubMed	31
3.4.2. Estrategia de búsqueda en Cochrane	32
3.4.3. Estrategia de búsqueda en la Biblioteca Virtual en Salud	32
3.4.4. Estrategia de búsqueda en CINHALL (EBSCOhost)	33
3.4.5. Otras estrategias de búsqueda.....	34
3.5. Criterios de selección.....	36
3.5.1. Criterios de inclusión.....	36
3.5.2. Criterios de exclusión	36
3.6. Evaluación de la calidad metodológica	36
4. Resultados.....	38
4.1. Resultados de la búsqueda y proceso de selección.....	38
4.2. Características de los estudios incluidos en la revisión	41
5. Discusión	63
5.1. Cuidados de enfermería tras la muerte perinatal en el hospital	63
5.1.1. Recomendaciones generales para los cuidados de enfermería	63
5.1.2. Cuidados directos al bebé fallecido	66
5.1.3. Cuidados relacionados con la atención física a la madre	67
5.1.4. Cuidados relacionados con la atención psicológica	69
5.1.5. Cuidados relacionados con los trámites administrativos.....	71
5.2. Limitaciones y fortalezas presentes durante los cuidados de enfermería en la muerte perinatal	72

Intervención de enfermería ante la muerte perinatal en el ámbito hospitalario

5.3. Experiencias y expectativas de los profesionales de enfermería en el cuidado de la muerte perinatal	74
6. Limitaciones	76
7. Conclusiones.....	77
8. Anexos	79
Anexo I. Ficha herramienta de calidad metodológica de Lectura Crítica 3.0	79
Anexo II. Directrices iniciativa STROBE	80
Anexo III. Herramienta CASPe para valoración estudios cualitativos	82
Anexo IV. Ficha herramienta de calidad metodológica MMAT para estudios de métodos mixtos.....	87
Anexo V. Resumen cuidados tras la muerte perinatal en el ámbito hospitalario. ...	88
Referencias bibliográficas.	92

Índice de Figuras

Fig. 1. Definiciones relacionadas con la muerte perinatal y resultados de embarazo asociados para la comparación internacional.	12
Fig. 2. Comparativa de tasa de Mortalidad perinatal nacional y en la Comunidad Valenciana.	14
Fig. 3. Estrategia de búsqueda en PubMed y artículos obtenidos.	31
Fig. 4. Estrategia de búsqueda en Cochrane y artículos obtenidos.	32
Fig. 5. Estrategia de búsqueda en BVS y artículos obtenidos.	33
Fig. 6. Estrategia de búsqueda en CINAHL y artículos obtenidos.	34
Fig. 7. Porcentaje de artículos obtenidos de las diferentes bases de datos.	38
Fig. 8. Porcentaje de artículos obtenidos tras aplicar filtros automáticos en las diferentes bases de datos.	39
Fig. 9. Porcentaje de artículos obtenidos tras lectura de título y resumen de cada base de datos.	39
Fig. 10. Porcentaje de artículos obtenidos tras lectura completa de cada base de datos.	40
Fig. 11. Diagrama de flujo de la selección de artículos definitivos.	41
Fig. 12. Distribución de artículos por base de datos.	42
Fig. 13. Distribución de artículos por año de publicación.	43
Fig. 14. Distribución de artículos por tipo de estudio.	44

Índice de Tablas

Tabla 1. Signos y síntomas de alerta.....	18
Tabla 2. Signos y síntomas físicos tardíos tras la pérdida perinatal.....	19
Tabla 3. Pregunta PIO.....	28
Tabla 4. Descriptores DecS y MeSH utilizados.	29
Tabla 5. Artículos obtenidos de otras fuentes.....	35
Tabla 6. Información más relevante de los artículos incluidos en la revisión.....	45
Tabla 7. Resumen de los cuidados de enfermería ante la muerte perinatal en el ámbito hospitalario.....	88

Índice de Anexos

Anexo I. Ficha herramienta de calidad metodológica de Lectura Crítica 3.0.....	79
Anexo II. Directrices iniciativa STROBE para estudios transversales.....	80
Anexo III. Herramienta CASPe para valoración estudios cualitativos.....	82
Anexo IV. Ficha herramienta de calidad metodológica MMAT para estudios mixtos.....	87
Anexo V. Tabla resumen cuidados tras la muerte perinatal en el ámbito hospitalario.....	88

Glosario de acrónimos

ACOG	Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos
AE	Asociación Española
BVS	Biblioteca Virtual de la Salud
CASPe	Critical Appraisal Skills Programme Español
CINAHL	Cumulative Index of Nursing and Allied Literature Complete
DeCS	Descriptores en Ciencias de la Salud
ECA	Ensayo clínico aleatorizado
GPC	Guía de práctica clínica
IGME	Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad en la Niñez
IHAN	Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia
INE	Instituto Nacional de Estadística
MMAT	Herramienta de Evaluación de Métodos Mixtos
MeSH	Medical Subject Headings
OMS	Organización Mundial de la Salud
PSANZ	Guía de práctica clínica de Perinatal Society of Australia & New Zealand
SEGO	Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia
STROBE	STrengthening the Reporting of OBServational studies in Epidemiology
TEP	Trastorno de estrés postraumático

Resumen.

Introducción: La muerte perinatal es un fenómeno dramático, que ocasiona un importante impacto en la salud emocional de las madres y las parejas que la sufren. Generalmente, se entiende como la interrupción de la vida en la etapa prenatal tras las 28 semanas de gestación y hasta los 28 días de vida. Su etiología es multifactorial y su abordaje altamente complejo. Por ello, es importante que los profesionales de enfermería cuenten con la formación adecuada para su abordaje y participen en el acompañamiento ante la pérdida a la mujer y su familia.

Objetivo: Describir los cuidados de enfermería inmediatos basados en la evidencia a la mujer y núcleo familiar en la situación de muerte perinatal en el ámbito hospitalario; además de revisar las recomendaciones disponibles para la atención de enfermería a la muerte perinatal durante la hospitalización determinando sus fortalezas y deficiencias y describir las experiencias y expectativas de los profesionales de enfermería en el abordaje de la muerte perinatal en el hospital.

Metodología: Se ha llevado a cabo una búsqueda en las bases de datos PubMed, Cochrane, Biblioteca Virtual en Salud (BVS), CINAHL (perteneciente a EBSCOhost) y en otras fuentes con la finalidad de realizar una revisión sistemática de la literatura. Se han empleado los descriptores “Muerte perinatal”, “Pérdida perinatal”, “Duelo perinatal”, “Enfermería”, “Cuidados de Enfermería” e “Intervenciones de enfermería”.

Resultados: Se han incluido un total de 24 artículos en la revisión. Estos se han clasificado según la base de datos, el año de publicación y el tipo de estudio.

Conclusión: Se debe facilitar la formación de los profesionales en el abordaje del duelo perinatal con la finalidad de garantizar una atención de calidad que permita satisfacer las necesidades de los progenitores y minimizar las consecuencias de su duelo y reduzca las consecuencias emocionales que padecen los profesionales de enfermería.

Palabras clave: muerte perinatal, cuidados de enfermería, atención hospitalaria, limitaciones, experiencias profesionales

Abstract.

Introduction: Perinatal death is a dramatic phenomenon, which has a significant impact on the emotional health of mothers and couples who suffer from it. Generally, it is understood as the interruption of life in the prenatal stage after 28 weeks of gestation and until 28 days of life. Its ethology is multifactorial, and the approach is highly complex. Therefore, it is important that nursing professionals have appropriate training for their approach and participate in accompanying the woman and her family in the face of the loss.

Objective: To describe immediate evidence-based nursing care for women and family members in perinatal deaths in hospitals; in addition to review the available recommendations for nursing care of perinatal death during hospitalization, determining their strengths and deficiencies, and to describe the experiences and expectations of nursing professionals in the approach to perinatal death in the hospital.

Methodology: A search has been carried out in the databases PubMed, Cochrane, Virtual Health Library (BVS), CINAHL (belonging to EBSCOhost) and in other sources with the aim of carrying out a systematic review of the literature. The descriptors "perinatal death", "perinatal loss", "perinatal mourning", "nursing", "nursing care" and "nursing interventions" have been used.

Results: A total of 24 articles were included in the review. These were classified according to database, year of publication and type of study.

Conclusion: The training of professionals in the approach to perinatal bereavement should be facilitated to ensure quality care that meets the needs of parents and minimize the consequences of their grief and reduces the emotional consequences that nursing professionals suffer.

Key words: perinatal death, nursing care, hospital care, limitations, professional experiences

Intervención de enfermería ante la muerte perinatal en el ámbito hospitalario

La autora de este documento ha pretendido ser muy respetuosa con todas las personas implicadas en el duelo perinatal y hacía el lector. En relación con el lenguaje, para facilitar su lectura, se ha incluido la palabra hijo y/o bebé, tanto para el masculino como para el femenino, así como cuando se emplean las palabras progenitores, padres y/o pareja, se hace referencia a los diferentes modelos de familia existentes.

1. Introducción

1.1. La muerte perinatal

La muerte perinatal es un fenómeno trágico y de abordaje complejo, que ocasiona un importante impacto en la salud de las madres y las parejas que la sufren. En general, el periodo del embarazo suele ir acompañado de ciertas expectativas sobre la llegada de una nueva vida, sin embargo, dichas expectativas no siempre se ven cumplidas. En algunas ocasiones tiene lugar una pérdida inesperada del bebé ante la cual, los profesionales de enfermería tienen la obligación de proceder del modo más adecuado. Por ello, es importante que estos profesionales como parte del personal multidisciplinar que ofrece cuidados a la mujer en la etapa perinatal cuenten con la formación suficiente para su abordaje, faciliten la visibilización del problema y participen en el acompañamiento ante la pérdida (1,2).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) define la *muerte o pérdida perinatal* como la interrupción de la vida que se da entre la etapa prenatal tras las 28 semanas de gestación y la etapa neonatal hasta los 7 días de vida. Sobre esta definición, la OMS añade la definición de *muerte perinatal ampliada*, que extiende la muerte perinatal hasta los 28 días de vida (2). No obstante, existen diferentes conceptos y definiciones entorno a la pérdida perinatal que conviene tener en cuenta para contextualizar la situación que se describe.

Como se ha comentado, la muerte perinatal abarca un amplio período de tiempo. Por una parte, cuando la pérdida tiene lugar en la etapa prenatal, es decir, antes del nacimiento, se define como *muerte fetal*, y esta, a su vez, se subdivide en tres etapas: *temprana* (antes de la semana 20 de gestación), *intermedia* (entre las semanas 20 y 27) y *tardía* (una vez supera las 28 semanas de gestación). Esta última es la que se incluye en la definición de muerte perinatal (2,3).

Además, las pérdidas fetales se pueden clasificar también, con fines estadísticos, según la edad gestacional. Surgiendo así el concepto de *aborto espontáneo*. Este se define como la pérdida fetal que tiene lugar antes de las 20 semanas de gestación (4), y según el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG), puede ser sinónimo de “pérdida temprana del embarazo” o “pérdida intrauterina del embarazo” (5). Resulta

importante diferenciar este tipo de aborto, de carácter involuntario, del llamado *aborto electivo* o *interrupción voluntaria del embarazo*. En este caso se define como, la interrupción del embarazo antes de la viabilidad y a petición de la mujer, pero no por razones de salud materna o enfermedad fetal (6).

Siguiendo la clasificación según la edad gestacional, aparece el concepto de *mortinato* que se entiende como, la muerte fetal que supera las 20 semanas de gestación, y que podría emplearse como sinónimo de muerte fetal (4). Sin embargo, es importante tener en cuenta que en el campo de la investigación la herramienta de Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) define el término como “nacimiento del feto muerto” (7) y la OMS como, el bebé fallecido, anteparto o intraparto, que supera las 28 semanas de gestación (8) por lo que se observa una falta de consenso en la definición del concepto.

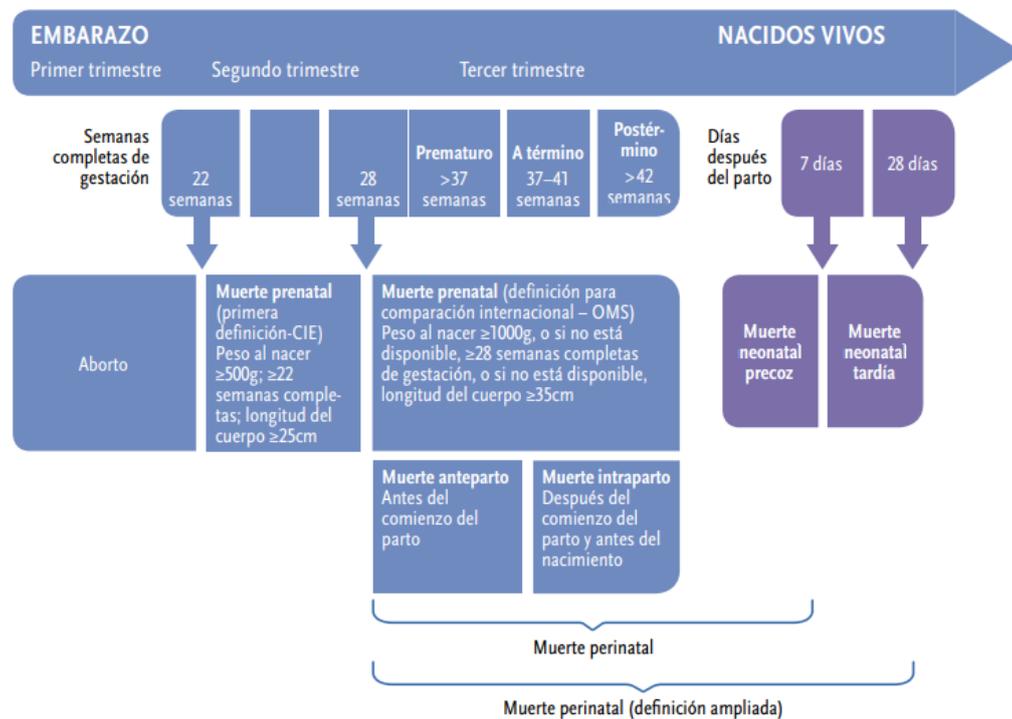
Por otro lado, la muerte perinatal también incluye la que se considera como etapa neonatal. Este es el período que comprende desde el momento del nacimiento hasta los 28 días de vida. Así pues, cuando la pérdida tiene lugar en este periodo de tiempo se divide en muerte neonatal *temprana* (los primeros 7 días de vida) y muerte neonatal *tardía* (desde los 7 días hasta los 28 días de vida) (2).

La gran variabilidad que existe en las definiciones en torno a la muerte perinatal dificulta el estudio de su casuística. En este sentido, la OMS recomienda notificar las muertes fetales tardías o mortinatos de $\geq 1000\text{g}$ de peso al nacer, ≥ 28 semanas completas de gestación o $\geq 35\text{cm}$ de longitud corporal para facilitar su registro. Sin embargo, también existe la recomendación de notificar muertes por debajo de estas cifras con el fin de proporcionar mayor visibilidad de los datos acerca de la mortalidad infantil (9).

En la figura 1 se pueden observar de forma clara y esquemática los conceptos y definiciones expuestos anteriormente (2).

Intervención de enfermería ante la muerte perinatal en el ámbito hospitalario

Fig. 1. Definiciones relacionadas con la muerte perinatal y resultados de embarazo asociados para la comparación internacional.



Extraído de la *Guía para que cada bebé cuente* publicada por la OMS (2).

Finalmente, cabe comentar que teniendo en cuenta los objetivos del presente trabajo, los cuales se explicaran más adelante, la revisión que aquí se presenta se limita al estudio de la muerte perinatal involuntaria limitada entre las semanas 28 de gestación y los 28 días de vida (*muerte perinatal ampliada*) quedando excluida la pérdida fetal intencionada o voluntaria en cualquier momento del embarazo o la muerte que tenga lugar fuera del rango establecido.

1.1.1. Epidemiología

Para comprender la envergadura del problema de la muerte perinatal es importante conocer los datos estadísticos entorno a esta. Sin embargo, como ya se ha comentado en líneas anteriores, existen importantes limitaciones entorno al concepto de muerte perinatal (10) que condicionan la obtención de sus cifras oficiales tanto a nivel mundial, como nacional y comunitario.

En primer lugar, a nivel mundial atendiendo al concepto de muerte perinatal, la mayoría de las fuentes presentan datos de prevalencia diferenciando entre los

conceptos de mortalidad neonatal y mortalidad fetal tardía (o mortinatos, como sinónimo).

A pesar de estas limitaciones, según el Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad en la Niñez (IGME) los datos a nivel mundial sobre la mortalidad perinatal en 2019 fueron de 28,38 pérdidas fetales tardías por cada 1000 nacimientos y se situaron en 35,86 defunciones por cada 1000 nacidos vivos atendiendo a la tasa de mortalidad neonatal. Estos datos equivalen a 35384 muertes fetales tardías y 43424 recién nacidos fallecidos en ese año (11).

Por otra parte, según la OMS tienen lugar anualmente, casi 2 millones de muertes fetales que superan las 28 semanas de gestación y más del 40% de estas se dan en el momento del parto. La OMS recalca que estas pérdidas podrían evitarse con una atención sanitaria de calidad y respetuosa. Asimismo, este organismo también resalta que el 84% de las muertes tienen lugar en países de ingresos medios o bajos, y en etnias minoritarias o grupos vulnerables (8,12).

Respecto a la mortalidad neonatal, la OMS refiere que también se da en mayor medida en países empobrecidos como, países del centro de África, Pakistán o Afganistán alcanzando cifras de alrededor de 40 defunciones por cada 1000 nacidos vivos (13). Además, las muertes neonatales representan el 47% de las muertes infantiles de menores de 5 años a nivel mundial, lo que equivale a 2,4 millones de vidas. Un tercio de estas se dan en el mismo día del nacimiento y otra gran parte, casi tres cuartas partes, en los primeros 7 días, siendo considerada en este caso muerte neonatal precoz (14).

En segundo lugar, a nivel nacional existe tanto una infradeclaración de las muertes perinatales a nivel médico, como una falta de inscripción en el Registro Civil por parte de los progenitores. Ambos casos influyen en la obtención de las estadísticas oficiales sobre la mortalidad perinatal real en España (15–17). Además, se estima que las deficiencias pueden deberse tanto a los continuos cambios en los criterios de inclusión del Instituto Nacional de Estadística (INE), como también a la actual legislación del país y a la validez de las causas de certificación de muerte perinatal (18,19).

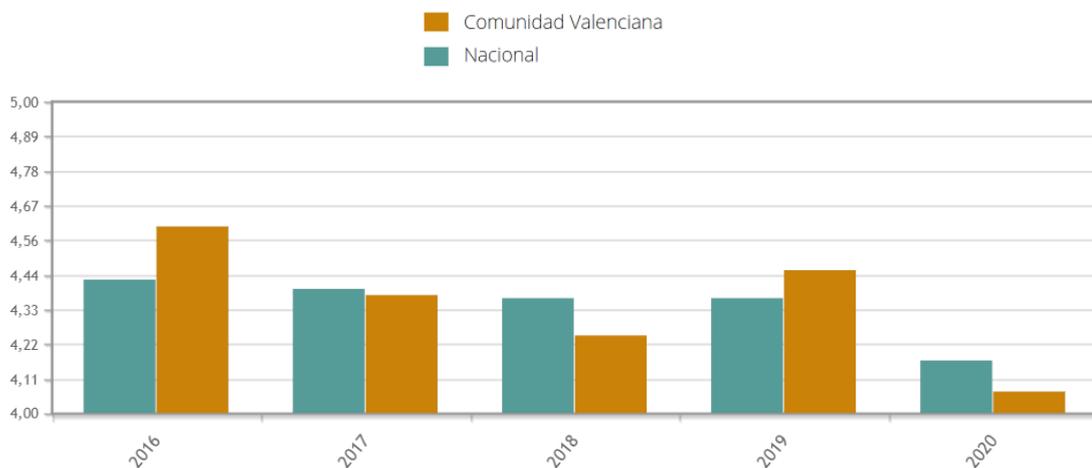
No obstante, en España y atendiendo a los datos ofrecidos por el INE, en 2020, la tasa de mortalidad perinatal fue de 4,17 de cada 1000 nacidos (20). En cuanto a la mortalidad fetal tardía el valor fue, en este mismo año, de 2,97 fallecidos de cada 1000

Intervención de enfermería ante la muerte perinatal en el ámbito hospitalario

nacidos (21) y respecto a la mortalidad neonatal también en 2020, el valor se situó en 1,76 defunciones de cada 1000 nacidos con vida (22).

A nivel autonómico los datos de mortalidad perinatal en la Comunidad Valenciana reflejaron un descenso en 2020, situándose en 4,07 defunciones por cada 1000 nacidos con respecto a 2019 y 2018 donde las tasas fueron de 4,46 y 4,25 fallecidos por cada 1000 nacidos respectivamente. Comparando estos datos autonómicos con los datos a nivel nacional se puede ver cómo, en los últimos años, las cifras de la Comunidad Valenciana se han mostrado más inestables, mientras que a nivel nacional ha existido una mayor inestabilidad con cierta tendencia al descenso desde 2016 (figura 2) (23).

Fig. 2. Comparativa de tasa de Mortalidad perinatal nacional y en la Comunidad Valenciana.



Extraído del Instituto Nacional de Estadística (23).

Finalmente, cabe señalar que la mortalidad perinatal se está utilizando como un indicador considerado de mayor sensibilidad que la mortalidad infantil, a la hora de evaluar la cobertura y calidad de la atención en la salud materno-infantil española. Así pues, es importante tener en cuenta que el valor de la mortalidad perinatal ha descendido en España un 18,2% entre el año 2000 y el 2016 (23).

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

A la hora de intentar entender la muerte perinatal es fundamental conocer cuáles son sus causas y los factores de riesgo relacionados.

Intervención de enfermería ante la muerte perinatal en el ámbito hospitalario

Conocer las causas de la muerte perinatal es importante y puede ayudar, a los progenitores, a asimilar el trágico suceso, así como a los sanitarios, a aplicar las correctas estrategias de intervención, además de ayudar a determinar el riesgo en futuros embarazos (24,25).

La etiología de la muerte perinatal es multifactorial y en la mayoría de las ocasiones no existe un único factor desencadenante. Además, también es importante tener en cuenta que las causas y los factores riesgo relacionados no se dan de la misma forma en todos los casos ni en todos los países del mundo (24,26).

En líneas generales las principales causas de muerte perinatal se pueden dividir según el momento de la muerte (anteparto, intraparto o postparto). No obstante, existen causas comunes como: las infecciones, la prematuridad, los defectos nutricionales (crecimiento intrauterino retardado o bajo peso al nacer) o vasculares (hipoxia tisular), y las anomalías congénitas. En los casos de muerte fetal, además de las anteriores, destacan las patologías maternas como hipertensión o diabetes, el desprendimiento y/o la insuficiencia placentaria, embarazos prolongados o complicaciones desarrolladas durante el proceso de parto (8,26).

Según la *Guía de Asistencia en la muerte perinatal de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) 2021* y la *Guía de práctica clínica de Perinatal Society of Australia & New Zealand (PSANZ) para la atención en torno a la mortinatalidad y la muerte neonatal*, las causas de muerte perinatal se clasifican en: anomalías congénitas, infección perinatal, estados hipertensivos del embarazo, hemorragia anteparto, condiciones maternas, complicaciones de la gestación múltiple, complicaciones perinatales específicas, muerte por hipoxia periparto, disfunción placentaria y patología placentaria histológica, parto prematuro espontáneo o rotura prematura de membranas (edad gestacional < 37 semanas), muerte fetal anteparto inexplicada o muerte neonatal sin antecedente obstétrico (24,27).

En la *Guía PSANZ* se destaca que las principales causas de mortinato y de muerte neonatal son anomalías congénitas y parto pretérmino, a pesar de que, en el mortinato, alrededor del 20-30% de las causas son de origen desconocido (27).

Sumado a lo anterior cabe añadir que, según varios estudios las causas de muerte perinatal parecen estar fuertemente vinculadas al nivel de ingresos del país en el que

residen las familias y al acceso a los sistemas sanitarios. En términos generales, los países de mayores ingresos disponen de un mayor número de herramientas para la supervivencia de los bebés y en cambio, en los países empobrecidos hay una mayor falta de recursos sanitarios y un peor estado de salud general materno (8,28,29).

En cuanto a los factores de riesgo asociados a la muerte perinatal, autoras como Lawn *et al.*, (9) afirman en su estudio que el momento de mayor riesgo de muerte perinatal es el nacimiento o intraparto pero las primeras horas y días de vida también son momentos de alto riesgo para la madre y su bebé. Por otra parte, según Jiménez y Pentón (30), los factores de riesgo relacionados con la mortalidad perinatal se pueden dividir en tres grupos: preconceptionales, relacionados con el embarazo y relacionados con el parto. Dentro de estos 3 grupos destacan el parto pretérmino, el período intergenésico acortado y el parto por cesárea. También destacan como factores de riesgo importantes la presentación no cefálica y la preeclampsia. En el estudio de Nijkamp *et al.* (25) se exponen como principales factores de la muerte perinatal: la obesidad materna, el tabaquismo, la presencia de un mortinato anterior, la enfermedad materna (entre ellas la trombofilia hereditaria o los anticuerpos antifosfolipídicos que provocan alteraciones placentarias) y las infecciones.

Otros estudios refieren que los principales factores de riesgo de la muerte fetal son, el bajo nivel económico, la edad materna (>35 años), el hábito tabáquico, la primiparidad, la falta de atención sanitaria de calidad con personal calificado, la ausencia de control prenatal, la muerte materna, la prematuridad, el sangrado vaginal durante el embarazo, abortos previos, la morbilidad materna (hipertensión o diabetes), el embarazo múltiple, la hospitalización materna previa al parto, la amenaza de parto pretérmino, defectos congénitos fetales, entre otros (8,26,31,32).

A pesar del conjunto de factores de riesgo reportados por los estudios autores como Flenady *et al.*, afirman que en los países de altos ingresos la mayoría de los factores de riesgo asociados a la muerte perinatal son total o parcialmente evitables y puede reducirse con una atención de calidad (31).

1.1.3. Signos y síntomas físicos de la mujer asociados a la muerte perinatal

La muerte perinatal es un problema real de salud que resulta importante abordar de manera integral. Además de su etiología y los factores de riesgo asociados, también es conveniente conocer los principales signos o síntomas que puede sufrir la mujer gestante antes o después de la muerte perinatal.

A continuación, se exponen los signos y síntomas de alerta en la tabla 1 y los signos y síntomas tardíos tras la pérdida perinatal en la tabla 2.

Tabla 1. Signos y síntomas de alerta.

Signos y síntomas de alerta	
Sangrado genital gestacional	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Es uno de los principales motivos de consulta durante el embarazo. Se considera causa importante de morbilidad y mortalidad perinatal y materna e implica una situación de gravedad en los servicios de urgencias. ➤ Puede tener una etiología obstétrica o no (ginecológica, urinaria, médica). ➤ Durante el primer o segundo trimestre se relaciona con el aborto, el embarazo ectópico, la enfermedad trofoblástica gestacional, patologías placentarias, bajo peso al nacer, desarrollo retardado del crecimiento intrauterino y parto pretérmino. ➤ Durante el tercer trimestre puede ser indicador de una rotura uterina (implica la provocación del inicio de trabajo de parto), una placenta previa (supone el 20% de las hemorragias del tercer trimestre) o el desprendimiento prematuro de la placenta normoinserta (muestra un 15% de probabilidad de mortalidad fetal). ➤ Es importante conocer esta complicación y acudir en la menor brevedad de tiempo posible al servicio de urgencias. (33,34)
Ausencia de movimientos fetales	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Uno de los principales signos indicadores de bienestar fetal son los movimientos fetales. ➤ En ocasiones, la ausencia de estos es el único síntoma evidente de sospecha de muerte fetal. ➤ Teniendo en cuenta que la actividad fetal no es igual en todos los casos, se debe prestar atención a la variación del patrón habitual de movimientos del feto. Una disminución de los movimientos fetales o la ausencia total de estos deben alertar a la gestante (4,35,36). Es el motivo del 32% de las consultas en las que se diagnostica muerte fetal intrauterina (32). ➤ Para un diagnóstico definitivo será necesaria la comprobación mediante ecografía de ausencia de frecuencia cardíaca durante al menos 2 minutos (37).
Ausencia de latido cardíaco fetal	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se detecta la frecuencia cardíaca a partir de la cuarta semana de gestación por el movimiento del flujo placentario. ➤ La auscultación de la reactividad cardíaca del feto se considera un factor indicador del bienestar del feto (36). ➤ La muerte fetal se diagnostica tras la ausencia de respiración, de pulsación del cordón umbilical, de movimientos efectivos de músculos voluntarios y de latido cardíaco (37).

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 2. Signos y síntomas físicos tardíos tras la pérdida perinatal.

Signos y síntomas físicos tardíos tras la pérdida perinatal	
Subida de leche materna	<ul style="list-style-type: none">➤ El período de lactogénesis (producción de leche) se inicia fisiológicamente a partir de la semana 16 de gestación.➤ Tras la muerte perinatal, la mujer gestante precisará de un manejo adecuado de este proceso biológico (inhibición farmacológica o no farmacológica, basada en la extracción manual y la disminución de producción progresiva). (38,39)

Fuente: Elaboración propia.

Todos estos signos y síntomas son característicos de la muerte perinatal y resulta fundamental abordarlos desde enfermería para garantizar una intervención integral a la mujer que sufre la pérdida en todos los aspectos.

1.1.4. Aspectos legales relacionados con la muerte perinatal.

La muerte perinatal conlleva de manera indefectible una serie de dilemas legales a los que se les ha intentado dar respuesta a lo largo de las últimas décadas.

Por ejemplo, según los artículos 29 y 30 del Código Civil Español, el nacimiento determina la personalidad; pero se considera, para que todos los efectos le sean favorables, siempre que nazca con vida y una vez se haya desprendido por completo del seno materno (40). A partir de aquí surgen importantes interrogantes acerca de la muerte perinatal que todavía hoy no tienen una respuesta unánime, *¿En qué lugar queda la muerte intrauterina o la muerte intraparto? ¿Qué papel ocupan estos bebés en la sociedad? ¿Son considerados personas? ¿Cómo se sienten los progenitores? ¿Se le considera padres y madres a nivel legal?*

En España, hasta abril de 2011 el neonato que no sobrevivía 24 horas no podía ser inscrito en el Registro Civil ni formar parte del libro de familia (41). Actualmente, tal y como se observa en el artículo 44 de la Ley 20/2011 del 21 de julio del Registro Civil, pueden inscribirse todas las personas nacidas conforme se indica en artículo 30 del Código Civil, es decir, en el momento del nacimiento con vida una vez desprendidos del seno materno. Del mismo modo, en el artículo 62 de esta misma ley,

se obliga a la inscripción de la defunción en el Registro Civil. Sobre esto cabe añadir que, el artículo 67.3 el cual refiere los supuestos especiales de la inscripción de defunción, resalta que el registro de la muerte perinatal es apto siempre y cuando se hayan superado los 6 meses de gestación y tras el parto antes de poseer el alta médica. En este último artículo se especifica que, serán 2 facultativos los que firmaran, bajo su total responsabilidad, que no existen dudas sobre la relación materno filial y otorgaran el correspondiente certificado con el fin de corroborar la muerte y completar la inscripción (42–45).

Tras la entrada en vigor del artículo anterior, en abril de 2021, se permite la inscripción, sin efectos jurídicos para los progenitores, de los bebés nacidos con más de 180 días de gestación o con más de 500 gramos de peso en el Legajo de Abortos. Este hecho permite otorgar un nombre al fallecido (42,44).

Teniendo en cuenta el estado de la legislación vigente actualmente en nuestro país, es necesario seguir invirtiendo esfuerzos para lograr los cambios a nivel legal definitivos que permitan un mayor reconocimiento por parte de la sociedad de estos hijos e hijas fallecidos y de este modo se facilite un mayor respaldo a esas madres y padres que sufren la pérdida.

1.2. Abordaje de la muerte perinatal.

La muerte perinatal se da actualmente en España en 4,17 casos de cada 1000 bebés nacidos (20). Este dato implica que, a pesar de no ser un hecho habitual, a lo largo de la trayectoria laboral de cualquier profesional de enfermería, podría tener que enfrentarse a una muerte perinatal. Por este mismo motivo resulta indispensable conocer cuál es el manejo más adecuado en estos casos para responder de la manera óptima a las demandas asistenciales de dicha situación (46).

Además, el afrontamiento de esta situación resulta enormemente complejo para la madre y su núcleo familiar, así pues, los estudios muestran que la falta de un abordaje correcto puede tener graves consecuencias a largo plazo en la salud mental de los progenitores (47).

1.2.1. Aspectos socioculturales entorno a la muerte perinatal

En la mayoría de las sociedades del mundo la muerte perinatal se considera una experiencia negativa y de difícil aceptación puesto que en la mayoría de ellas la concepción y nacimiento de un ser humano representa el inicio de la vida (48,49) y a su alrededor prevalecen una serie de ideas, pensamientos, actitudes y expectativas que giran en torno a la vida y al futuro, dejando poco espacio a la posibilidad de que también aparezca la muerte. Sin embargo, estas ideas o expectativas pueden ser muy diferentes según el contexto social y cultural de origen, el cuál propiciará que las personas que experimenten la muerte perinatal lo hagan de modos diferentes. Por ejemplo, en el cristianismo los bebés que fallecen tras 24 o más semanas de gestación son incinerados o enterrados sin opción a ceremonias, bendiciones o nombre en fosas. En el hinduismo las muertes fetales son consideradas como señales de bendición mientras que, en la cultura islámica, cuando el feto fallecido supera los 4 meses de gestación, recibe un nombre propio, se le asea, se enrolla con una sábana y se entierra con opción a ceremonia (47).

Además de las diferencias culturales, en general, tras la muerte de un feto o recién nacido, existe una carencia de estrategias psicológicas y habilidades adecuadas para afrontar o acompañar durante el proceso en la mayoría de los progenitores, familiares y allegados implicados, e incluso en los propios profesionales sanitarios (50,51). Sumado a lo anterior, el desconocimiento o la falta de rituales de despedida impiden que se otorgue un puesto a ese ser humano en la sociedad y además como hemos visto, la falta de legislación que existe en algunos aspectos perpetua un vacío que dificulta el afrontamiento de estas madres y padres a la pérdida vivida y acrecienta los sentimientos de soledad que en la mayoría de las ocasiones experimentan las familias (47).

1.2.2. Impacto psicológico y afrontamiento de la pérdida perinatal: el duelo

Como ya se ha comentado en líneas anteriores, la muerte perinatal supone la vivencia de un acontecimiento altamente estresante y disruptivo que puede afectar negativamente en diferentes áreas de la vida de la mujer y de las familias debido a su fuerte impacto emocional (37,52). A la hora de abordar los cuidados en la muerte perinatal es muy importante conocer y tener en cuenta, además del impacto físico de

la mujer, las posibles consecuencias y complicaciones psicológicas/psiquiátricas que pueden surgir. Cuando se diagnostica la muerte perinatal, durante la gestación o tras el nacimiento, la madre y su núcleo familiar inician lo que se denomina proceso de duelo. Según Camacho Ávila et al. siguiendo el modelo de Worden sobre el *duelo*, éste se define éste como, una adaptación en la que la persona que sufre una pérdida debe completar una serie de “tareas”. Estas “tareas” son: aceptar la realidad de la pérdida, trabajar el dolor de la muerte del bebé, ajustarse a un entorno en el que el fallecido está desaparecido y encontrar una conexión duradera con el bebé fallecido mientras reinicia en una nueva vida (52). Otros autores como, Rengel Díaz añaden que el *duelo* es un proceso fisiológico que varía en intensidad y duración de forma proporcional a la cercanía con la persona fallecida y que se ve influenciado por diferentes componentes sociales, físicos y psicológicos (53).

Por otra parte, cabe destacar, que no existe una relación proporcional entre las semanas de gestación y la intensidad de este duelo. Sin embargo, algunos estudios refieren que las reacciones y los sentimientos suelen variar dependiendo de la edad gestacional y el momento de la muerte. Por ejemplo, en muertes neonatales suelen prevalecer las reacciones de ira, mientras que, en las muertes fetales suelen darse más sentimientos de culpa (53). Asimismo, para facilitar un adecuado acompañamiento de la pérdida resulta imprescindible conocer las diferentes fases que caracterizan el proceso de duelo. Alvarado García en su estudio de revisión hace referencia al esquema más habitual del proceso de duelo descrito por la conocida Elisabeth Kübler Ross. Esta autora señala cinco fases que suelen darse tras una pérdida. En primer lugar, aparecen sentimientos de negación y aislamiento como método de defensa. Seguidos de una fase de ira, en ocasiones, irracional e incontrolable. Posteriormente, se inicia una fase de pacto (en la que suele haber un intento de posponer los hechos), que se suele seguir de una fase de depresión y que, finalmente, acaba con la fase de aceptación. Esta última fase se caracteriza por encontrar cierta paz (no es una fase feliz, pero no hay enfado, ni excesiva tristeza) (54).

La evidencia describe algunas de las consecuencias que se dan en quienes sufren una muerte perinatal, entre ellas destacan: problemas en la dinámica de pareja y las relaciones con otros hijos o hijas, la aparición o aumento de síntomas de ansiedad y depresión, interferencias en la realización de las actividades de la vida diaria, dificultad

en la regulación emocional (desesperanza, frustración, culpa, sobre todo en la mujer), aislamiento social, trastornos alimentarios y del sueño, mayor predisposición a padecer enfermedades crónicas y menor calidad de vida, entre otras (49,52). Del mismo modo, en la revisión de la autora López García se describen como principales consecuencias psicológicas del duelo perinatal los trastornos depresivos, los trastornos de ansiedad y el trastorno por estrés postraumático (TEP) (47). En la misma línea, Cheung Chung y Reed reportan que un 62% de las mujeres de su estudio fueron diagnosticadas de probable TEP tras sufrir una pérdida perinatal (55).

Además del concepto, las características generales de las fases del duelo y las posibles complicaciones psicológicas, cuando hablamos de muerte perinatal es necesario mencionar algunos conceptos relacionados con este. En primer lugar, el *duelo anticipado* que se define según González et al. como el duelo que se inicia antes de tener lugar la pérdida. Estos autores afirman que tener el conocimiento de lo que va a suceder previo a que tenga lugar la muerte puede paliar el impacto y lograr una mejor evolución del duelo. Anticiparse a este tipo de situaciones puede permitir la preparación de los progenitores, de la familia y de los profesionales. Y, aunque resulta complicado asociar la “buena muerte” con la muerte fetal o neonatal, ¿por qué no intentar dar la “mejor muerte” a estos bebés? El duelo anticipado empodera a estas madres, padres, familiares y profesionales; brinda la oportunidad de elegir, de planear, de dialogar y de asimilar uno de los momentos que van a marcar sus vidas para siempre y por esto, aunque no en todas las situaciones la muerte va a ser algo esperado o evidente, como profesionales sanitarios es importante que se conozca esta posibilidad para poder participar de ella en el acompañamiento a las familias que sufrirán la pérdida (56,57). En segundo lugar, es importante tener en cuenta, que el duelo perinatal se diferencia del resto de duelos por varios motivos como son, la proximidad entre el nacimiento y la muerte, el hecho de que el duelo sea experimentado por personas muy jóvenes y, que se suele tratar de una pérdida totalmente inesperada generalmente no reconocida o no expresada pública o socialmente. Es en este contexto en el que aparece el concepto de *duelo desautorizado* y las indudables consecuencias que éste puede acarrear ya que, silencia el dolor de la pérdida debido al rechazo del entorno hacia ese dolor que la persona experimenta (47,58). Y en tercer y último lugar, podría aparecer el *duelo patológico*. Este suele darse en aquellas personas que no consiguen una adaptación completa a la pérdida y a su nueva situación. El duelo patológico, tal y

como describen González Castroagudín et al., puede desencadenarse a raíz de algunos hechos como: haber impedido a los progenitores que hayan visto o tocado a su hijo fallecido, la excesiva sedación de la madre en el parto, la no insistencia en la conveniencia de la realización de necropsia, el rechazo al contacto con los padres, la insuficiente información y/o la recomendación de un embarazo temprano. En este caso, el duelo se caracteriza por la tendencia a la cronicidad, además de por la aparición de manifestaciones psicológicas y físicas como: nerviosismo, irritabilidad, agresividad y, en los casos de mayor gravedad, depresión (57).

1.2.3. Abordaje de la muerte perinatal en el contexto sanitario

La muerte perinatal puede darse en diferentes ámbitos sanitarios, pero se suele abordar, mayoritariamente, en los servicios de ginecología y obstetricia. Los profesionales sanitarios que suelen verse involucrados son los pertenecientes al colectivo médico y de enfermería de estos servicios, donde destaca especialmente el papel de las matronas. Diferentes estudios demuestran como la actuación de estos profesionales en la pérdida perinatal afecta de forma directa en la experiencia de los progenitores y su núcleo (57–59).

Sin embargo, la evidencia reciente muestra que existe una falta importante de conocimientos, habilidades y recursos para el manejo de la muerte perinatal entre el personal sanitario que brinda los cuidados a la mujer y las familias en el periodo perinatal. Asimismo, refieren como la falta de habilidades se relaciona con la manifestación de sentimientos de impotencia, inseguridad y estrés (39,48). Es más, la mayoría de los profesionales sanitarios coinciden en que una adecuada formación previa favorecería el acompañamiento en estos casos y resultaría beneficiosa para lograr una atención integral, ya que no solo es importante brindar los cuidados físicos a la mujer que sufre la pérdida, sino que también es fundamental tener en cuenta los aspectos emocionales y/o espirituales, e implicarse en el cuidado del círculo familiar durante toda la estancia hospitalaria (46,59).

Actualmente existe un creciente interés por parte de las sociedades científicas y de los colectivos profesionales en desarrollar guías clínicas y protocolos de actuación que permitan un adecuado abordaje basado en la evidencia de la pérdida perinatal. No obstante, todavía no existe un consenso y, por esto, es necesario acumular más

investigación que arroje luz sobre cuáles son las estrategias y procedimientos más adecuados para ofrecer una asistencia sanitaria integral y de calidad en esta situación (39,58).

Durante los últimos años, en algunas regiones españolas como Barcelona, Madrid o País Vasco, han comenzado a implementarse diversas estrategias en las que se permite la formación de los profesionales en la muerte perinatal. Por ejemplo, el hospital de Donostia cuenta, desde 2007, con un protocolo de actuación basado en la gestión del duelo en la pérdida perinatal (60).

Dada la importante relación, mencionada anteriormente, que pueden tener los profesionales sanitarios con la mujer y las familias que sufren una muerte perinatal es necesaria una formación que les permita obtener competencias, habilidades y seguridad para el óptimo manejo de estas situaciones y que garantice la mejora en la calidad de estos cuidados (39,48,50,57,58).

A pesar de la mayor visibilidad, sensibilización y aumento de la literatura científica de los últimos años, sigue siendo evidente e imprescindible aumentar los esfuerzos para la creación, a nivel institucional, de protocolos de actuación basados en la evidencia así como, programas específicos y grupos de apoyo que aborden la muerte perinatal y cubran las necesidades tanto de familiares como de profesionales (17,59,60).

Con todo lo expuesto hasta el momento, queda evidenciado el importante rol que desempeña enfermería en el abordaje de la muerte perinatal como parte del equipo multidisciplinar que brinda cuidados a la mujer en la etapa perinatal (57). Como se ha explicado en líneas anteriores, una inadecuada intervención por parte de los profesionales sanitarios tras una muerte perinatal puede dar lugar a situaciones de elevada gravedad y de difícil manejo a largo plazo en el complejo procesamiento de la pérdida. Por todo ello y con la finalidad de explorar la información existente sobre cuáles serían los cuidados más adecuados en la práctica enfermera se lleva a cabo la elaboración de este estudio de revisión.

1.3. Justificación.

Una vez revisada la evidencia disponible relacionada con los cuidados de enfermería ante la muerte perinatal se evidencia que la carencia de protocolos y estrategias para el correcto abordaje supone un problema real en el sistema sanitario español. Por este motivo, y tras la introducción expuesta anteriormente, se pueden establecer las razones que justifican la elección del tema de dicho trabajo.

En primer lugar, cabe considerar la necesidad de establecer un consenso en los términos que son utilizados para definir la muerte perinatal, con el fin de facilitar así el adecuado registro a nivel estatal y poder ofrecer mayor visibilidad al problema.

En segundo lugar, hay que destacar que la falta de información concisa y clara sobre el tema, junto con 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 tercer y último lugar, es muy importante tener en cuenta que la falta de visibilidad de la muerte perinatal a nivel social junto con la falta de formación y de conocimientos por parte de los profesionales provoca que quienes la padecen se sientan desatendidos y puedan acarrear graves consecuencias físicas y, sobre todo, psicológicas. Además de provocar en los profesionales que tienen que brindar los cuidados ante la muerte perinatal inseguridad, incomodidad y posibles afectaciones psicológicas.

Por todo esto y teniendo en cuenta que la muerte sigue siendo hoy en día un tema tabú para la mayoría de las sociedades, y más aún la muerte perinatal, se destaca la importancia de este trabajo para mejorar el conocimiento sobre el abordaje de los cuidados ante estas situaciones y conseguir así que las madres y familias que la sufren sientan mayor aceptación y apoyo por parte del equipo de enfermería que les atienden.

2. Objetivos

2.1. Objetivo principal

El objetivo principal del presente estudio es:

- Describir los cuidados de enfermería inmediatos basados en la evidencia a la mujer y núcleo familiar en la situación de muerte perinatal en el ámbito hospitalario.

2.2. Objetivos secundarios

Los objetivos secundarios planteados en el estudio son los siguientes:

- Revisar las recomendaciones disponibles para la atención de enfermería a la muerte perinatal durante la hospitalización y determinar sus fortalezas y deficiencias.
- Describir las experiencias y expectativas de los profesionales de enfermería en el abordaje de la muerte perinatal en el hospital.

3. Metodología

3.1. Diseño

El estudio que se pretende llevar a cabo es una revisión integradora de la literatura científica publicada en los últimos cinco años (2017-2022) sobre los recursos disponibles para que los profesionales de enfermería puedan ofrecer los cuidados más apropiados en el abordaje de la pérdida perinatal en el ámbito hospitalario tanto a la madre que sufre la pérdida como al núcleo familiar.

La revisión se ha llevado a cabo desde enero de 2021 hasta junio de 2022.

3.2. Pregunta clínica de investigación

Para el desarrollo de esta revisión y la correspondiente estrategia de búsqueda se ha planteado una pregunta clínica utilizando el formato PIO (Población (P), Intervención (I) y Resultados (O)).

La pregunta que se plantea es:

¿Cuáles son los cuidados de enfermería inmediatos que se deben llevar a cabo ante la muerte perinatal a la madre y su núcleo familiar en el ámbito hospitalario?

En la siguiente tabla 3 se desglosan los componentes de la pregunta PIO.

Tabla 3. Pregunta PIO.

Paciente/población	Mujeres que hayan sufrido una muerte perinatal y su núcleo familiar
Intervención	Evidencia disponible sobre la intervención de enfermería ante la muerte perinatal en el ámbito hospitalario
Resultado	Cuidados de enfermería ante la muerte perinatal en el contexto hospitalario

Fuente: elaboración propia.

3.3. Palabras clave y Descriptores

A raíz del planteamiento de la pregunta clínica, se seleccionan las palabras clave relacionadas con el tema del estudio. Los términos en lenguaje controlado se obtienen a través de las herramientas Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y descriptores del Medical Subject Heading (MeSH) según corresponde en las diferentes bases de datos. En la tabla 4 se muestran los términos empleados.

Tabla 4. Descriptores DecS y MeSH utilizados.

Lenguaje natural		DeCS		MeSH
Castellano	Inglés	Castellano	Inglés	
Muerte perinatal	Perinatal death	Muerte perinatal	Perinatal death	Perinatal death
Pérdida perinatal	Perinatal loss	-	-	-
Duelo perinatal	Perinatal grief Perinatal Bereavement	-	-	-
Enfermería Atención de enfermería Cuidados de enfermería	Nursing Nursing care	Enfermería Atención de enfermería	Nursing Nursing care	Nursing Nursing care
Intervenciones de enfermería	Nursing interventions	-	-	-

Fuente: Elaboración propia

Los términos que no disponen de descriptores DeCS y MeSH (“pérdida perinatal”, “duelo perinatal” e “intervenciones de enfermería”) se han empleado en lenguaje natural, español o inglés, según procedía, ya que han brindado resultados útiles para el desarrollo de esta revisión.

3.4. Bases de Datos y estrategia de búsqueda

Con el fin de obtener toda la bibliografía relacionada y dar respuesta a la pregunta PIO del presente estudio se procede a aplicar los descriptores planteados en diferentes bases de datos.

Estas bases de datos han sido: PubMed, Biblioteca Cochrane Plus, el Portal Regional de la Biblioteca Virtual en Salud (BVS) y Cumulative Index of Nursing and Allied Literature Complete (CINAHL) perteneciente a EBSCOhost.

En este estudio de revisión se ha realizado una búsqueda similar en cada una de las bases de datos para dar respuesta a los diferentes objetivos. La búsqueda se ha realizado combinando el lenguaje natural de cada término seleccionado y los descriptores MeSH/DecS (mostrados en la tabla 4) mediante los operadores booleanos “AND” y “OR”.

El objetivo de la búsqueda se ha planteado con la finalidad de encontrar la evidencia disponible respecto a las recomendaciones para el cuidado de enfermería ante la muerte perinatal en el ámbito hospitalario. Para ello se han combinado los términos tal y como aparecen en las figuras 3, 4, 5 y 6 mostradas en los próximos apartados. Se han empleado los términos “cuidados de enfermería” y “muerte perinatal” en lenguaje natural y con sus correspondientes descriptores con el fin de alcanzar el mayor número de artículos disponibles.

Se destaca que durante esta primera búsqueda no se incluyen los términos relacionados con el ámbito hospitalario debido a la escasez de artículos que resultan y pasa a incluirse este concepto en los criterios de exclusión. Además, se incluye el término ‘duelo perinatal’ por el mismo motivo con el fin de ampliar los resultados.

Se destaca que no se realizan búsquedas específicas para los objetivos secundarios con el fin de identificar las posibles fortalezas y deficiencias y expectativas y experiencias

Intervención de enfermería ante la muerte perinatal en el ámbito hospitalario

en la atención de los profesionales de enfermería durante el abordaje de la muerte perinatal puesto que los artículos obtenidos en la primera búsqueda incluyen ya la respuesta a estos objetivos.

A continuación, se describen las búsquedas realizadas en cada base de datos y se exponen los filtros utilizados en cada una de ellas y los artículos resultantes de forma detallada.

3.4.1. Estrategia de búsqueda en PubMed

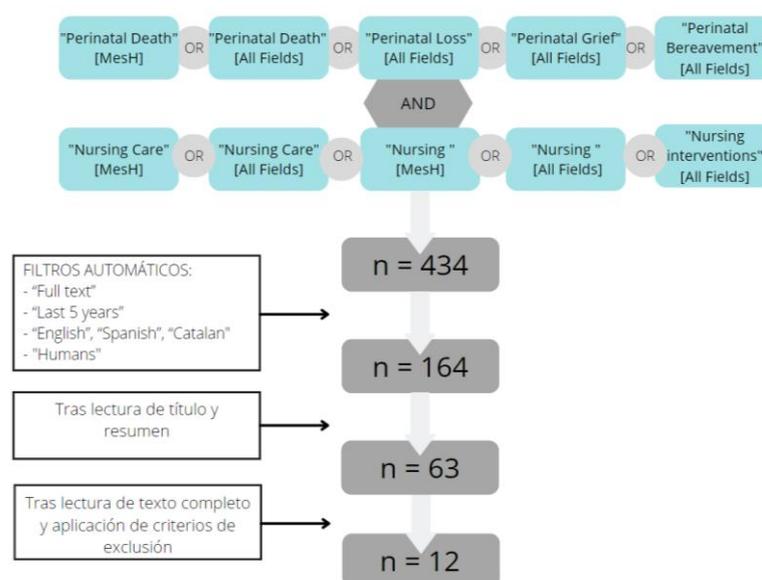
Para realizar la búsqueda en la base de datos PubMed se han combinado los términos tal como se muestra en la figura 3.

En la búsqueda realizada en esta base de datos se han aplicado los filtros automáticos: “Full text”, “Last 5 years”, “Humans”, “Catalan”, “English” y “Spanish”.

Seguidamente, se ha procedido al filtrado manual de aquellos artículos que guardan relación con el tema de la revisión mediante la lectura de título y resumen. Para finalizar se han seleccionado aquellos que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión tras la lectura del texto completo.

En la figura 3 se especifica la estrategia de búsqueda realizada en esta base de datos.

Fig. 3. Estrategia de búsqueda en PubMed y artículos obtenidos.



Fuente: elaboración propia

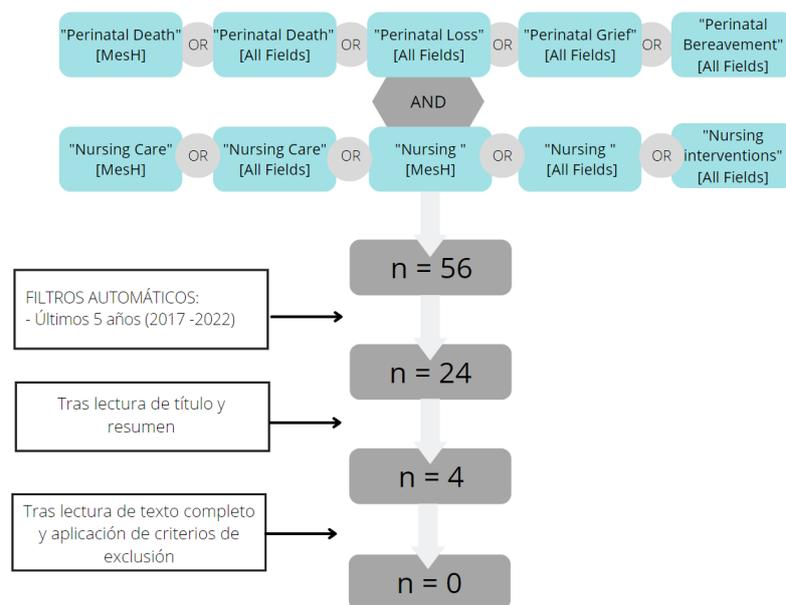
3.4.2. Estrategia de búsqueda en Cochrane

Para realizar la búsqueda en la base de datos Cochrane se han combinado los términos tal como se ha explicado anteriormente, utilizando el lenguaje natural y los descriptores MeSH.

Para la selección de artículos se ha aplicado el filtro automático del rango de fecha de publicación entre los años 2017 y 2022. A continuación, se ha procedido al filtrado manual mediante la lectura de título y resumen, la lectura de texto completo y la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión.

En la figura 4 se muestra la estrategia de búsqueda realizada en esta base de datos.

Fig. 4. Estrategia de búsqueda en Cochrane y artículos obtenidos.



Fuente: elaboración propia

3.4.3. Estrategia de búsqueda en la Biblioteca Virtual en Salud

Para realizar la búsqueda en el Portal Regional de la BVS se han combinado los términos expuestos anteriormente utilizando el lenguaje natural y los descriptores MeSH.

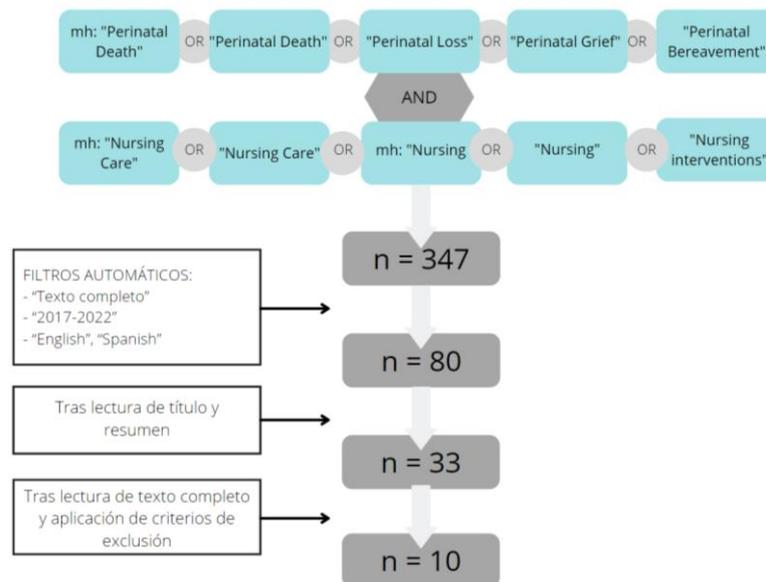
Una vez obtenidos los artículos se ha llevado a cabo la aplicación de los filtros automáticos: "Texto completo", "2017-2022", "inglés" y "español". A continuación,

Intervención de enfermería ante la muerte perinatal en el ámbito hospitalario

se ha procedido al filtrado manual de aquellos artículos que guardan relación con el tema de la revisión mediante la lectura de título y resumen, y para finalizar, se han seleccionado aquellos que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión mediante la lectura del texto completo.

En la figura 5 se especifica la estrategia de búsqueda realizada en esta base de datos.

Fig. 5. Estrategia de búsqueda en BVS y artículos obtenidos.



Fuente: elaboración propia

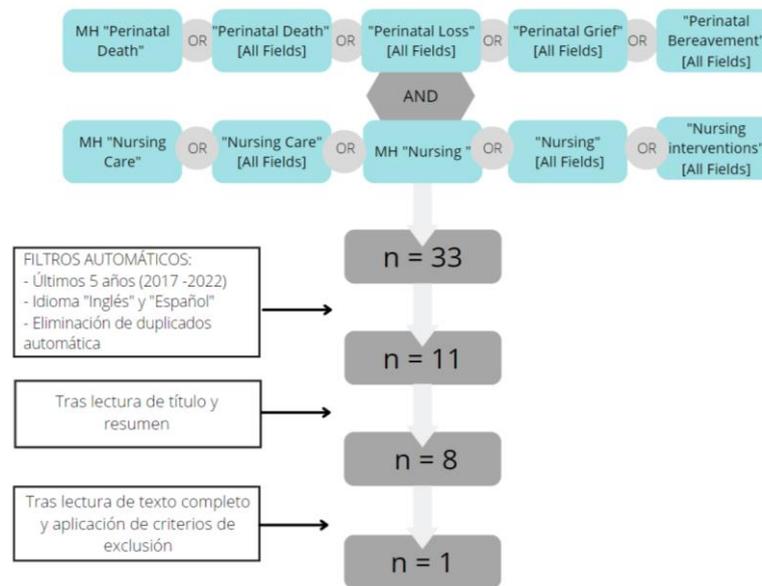
3.4.4. Estrategia de búsqueda en CINHALL (EBSCOhost)

Para la búsqueda realizada en la base de datos CINHALL se han combinado los términos tal como se ha explicado al inicio del apartado, utilizando el lenguaje natural y los descriptores MeSH.

Una vez obtenidos los artículos se ha llevado a cabo la aplicación de los filtros automáticos: "Enlace al texto completo", "2017 - 2022", "inglés" y "español". A continuación, se ha procedido al filtrado manual de aquellos artículos que guardan relación con el tema de la revisión mediante la lectura de título y resumen y, para finalizar, se han seleccionado aquellos que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión.

En la figura 6 se especifica la estrategia de búsqueda realizada en esta base de datos.

Fig. 6. Estrategia de búsqueda en CINAHL y artículos obtenidos.



Fuente: elaboración propia

3.4.5. Otras estrategias de búsqueda

Además de los artículos obtenidos a través de las diferentes bases de datos, se realiza una búsqueda a través de otras fuentes y bases de datos como Google Académico, el portal Dialnet o búsquedas en 'bola de nieve' a raíz de artículos ya obtenidos con la finalidad de obtener otro tipo de estudios o documentos de evidencia científica como, por ejemplo, protocolos o guías de práctica clínica que permiten ampliar las respuestas a los objetivos de esta revisión.

Para la inclusión de estos documentos en la revisión es necesario establecer unos criterios básicos para justificar la selección y que, a su vez, garanticen su calidad.

Los criterios que se asignan con este fin son:

- Documentos publicados en un período de tiempo menor o igual a 5 años
- Documentos en los que consten los/las autores y su filiación
- Documentos en los que consten los estudios científicos en los que se basan sus recomendaciones

Se seleccionan un total de 7 documentos, que cumplen con los criterios mencionados, y se exponen, a continuación, en la tabla 5.

Tabla 5. Documentos obtenidos de otras fuentes.

Documentos de consenso	Fuente de publicación	Año de publicación
Guía de Atención en el Proceso de Muerte y Duelo Gestacional y Perinatal	Servicio Gallego de Salud	2020
Donación de leche tras la muerte perinatal o del hijo lactante. Posición de la Asociación Española de Bancos de Leche Humana. (AE Bancos de Leche)	Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN)	2019
Donación de leche después de una pérdida perinatal: un estudio fenomenológico	Wiley Online Library Journal of Midwifery & Women's Health	2022
Duelo gestacional y perinatal, una realidad silenciada	Fundación Dialnet	2019
Guía de asistencia en la muerte perinatal	Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO)	2021
Informe Umamanita – Calidad de la atención sanitaria en casos de muerte intrauterina	Portal web Umamanita	2020
Clinical Practice Guideline for Care Around Stillbirth and Neonatal Death	Perinatal Society of Australia and New Zealand (PSANZ)	2020

Fuente: elaboración propia.

3.5. Criterios de selección

3.5.1. Criterios de inclusión

- Idiomas: castellano, catalán e inglés
- Artículos con acceso al texto completo
- Artículos con fecha de publicación en los últimos 5 años (2017-2022)
- Artículos que cumplan con los criterios seleccionados para superar la calidad metodológica

3.5.2. Criterios de exclusión

- Artículos que incluyan la atención a la muerte perinatal previa a 28 semanas o posterior a los 28 días de vida
- Artículos relacionados con la interrupción voluntaria del embarazo
- Artículos que no incluyan la atención de la muerte perinatal en el ámbito hospitalario
- Artículos sin suficiente evidencia científica como trabajos final de grado, relatos de experiencia o protocolos de revisión
- Artículos duplicados en bases de datos

3.6. Evaluación de la calidad metodológica

Una vez realizada la lectura de texto completo y tras aplicar los filtros mencionados anteriormente se ha obtenido un número determinado de artículos ($n = 34$). Con la finalidad de conocer la calidad metodológica de los documentos y poder incluirlos en esta revisión. Este proceso se lleva a cabo mediante herramientas diferentes para los diferentes tipos de artículo.

En primer lugar, se utilizan las plantillas de Lectura Crítica 3.0 para la evaluación de las revisiones sistemáticas y los estudios de series de casos. Se han considerado estudios válidos para este artículo todos aquellos estudios con una calidad alta tras contestar las preguntas propuestas en las plantillas de calidad. Véase la herramienta utilizada en el Anexo I.

En segundo lugar, se han empleado las directrices de la iniciativa STrengthening the Reporting of OBservational studies in Epidemiology (STROBE) para la evaluación de los estudios transversales y resúmenes de conferencias. No se trata de una herramienta

para la evaluación de la calidad metodológica como tal, sino de una serie de recomendaciones sobre los puntos que debe contener un estudio observacional creadas por un grupo de expertos en la materia. Por este motivo se ha considerado como un instrumento adecuado para este fin. Se han clasificado como válidos los artículos que cumplan con al menos el 80% de las recomendaciones, es decir, aquellos que cumplen con 17 de los 22 puntos presentes en la plantilla. Véanse las herramienta utilizadas en el Anexo II.

En tercer lugar, se ha empleado la herramienta CASPe (Critical Appraisal Skills Programme español), para la valoración de la calidad metodológica de los estudios cualitativos. Esta herramienta proporciona una serie de plantillas de valoración específica en base a la tipología del estudio. Estas plantillas están formadas por un conjunto de preguntas, diez u once, concretamente. Según el tipo de estudio, las dos o tres primeras se consideran de eliminación ya que si la respuesta es negativa se elimina dicho estudio. A continuación, se responde a las siguientes preguntas hasta completar la plantilla. El criterio de calidad utilizado en dicha revisión fueron aquellos estudios en los cuales se obtenía una calidad alta (puntuación ≥ 7). Véase la herramienta utilizada en el Anexo III.

Y, en cuarto lugar, se ha empleado la herramienta de Evaluación de Métodos Mixtos (MMAT) para la valoración de la calidad metodológica de los estudios de métodos mixtos. Esta reúne un conjunto de criterios y preguntas de selección que permiten proporcionar una puntuación de calidad. Se consideran válidos aquellos estudios que cumplen con los criterios mostrados en la tabla, no se otorga una puntuación para establecer la validez ya que así lo contraindica la guía de utilización de esta herramienta. Véase la herramienta utilizada en el Anexo IV.

Para finalizar, mencionar la inclusión de 2 estudios clasificados como enfoques teóricos que, tras no disponer de una herramienta con criterios específicos para evaluar su calidad metodológica, se han incluido en la revisión utilizando los mismos criterios utilizados para la inclusión de los artículos obtenidos de fuentes alternativas.

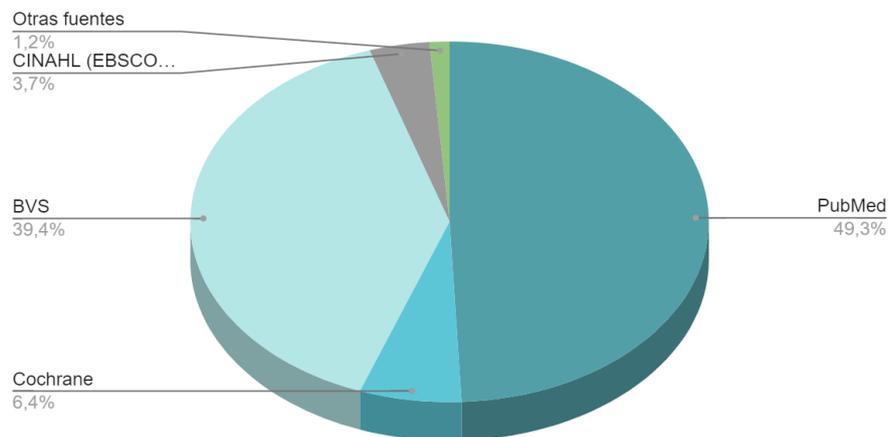
4. Resultados

4.1. Resultados de la búsqueda y proceso de selección

Tras la obtención de los estudios mediante la estrategia planteada en cada base de datos se ha procedido a la extracción de datos y análisis de los resultados. Para ello, se ha iniciado con una lectura de títulos y resúmenes de cada uno de los estudios obtenidos y se han seleccionado aquellos que cumplían con los criterios de inclusión establecidos.

Tras llevar a cabo las búsquedas en las bases de datos tal como se ha descrito en el apartado anterior, sin la aplicación de los filtros automáticos, se han obtenido un total de 870 artículos (n), que suman un total de 881 artículos al añadir los documentos de consenso obtenidos mediante otros mecanismos. De estos artículos, el 49,3 % (n= 434) se ha obtenido de la base de datos PubMed, el 6,4 % (n= 56) de la base de datos Cochrane, el 39,4 % (n= 347) de la base de datos BVS, el 3,7 % (n= 33) se ha obtenido de la base de datos CINAHL y el 1,2% (n= 11) de otras fuentes. En la figura 7 se pueden observar estos resultados.

Fig. 7. Porcentaje de artículos obtenidos de las diferentes bases de datos.



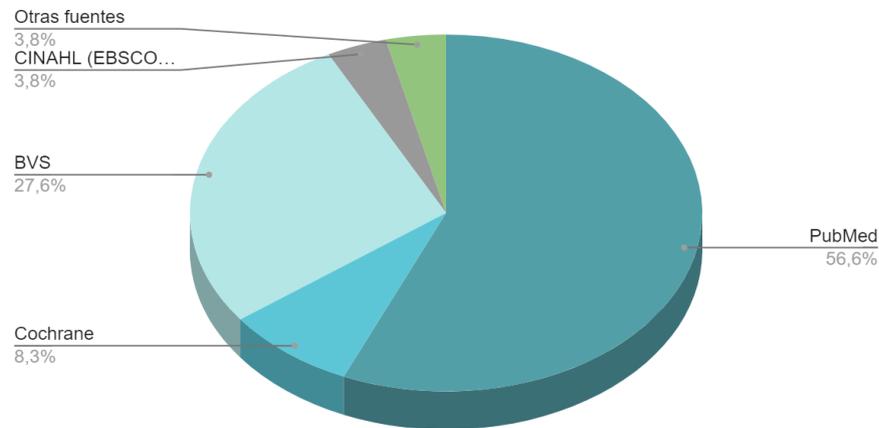
Fuente: elaboración propia.

Al aplicar los filtros automáticos el número de artículos obtenidos se reduce a n= 290. De estos artículos, el 56,6 % (n= 164) se ha obtenido de la base de datos PubMed, el 8,3 % (n= 24) de la base de datos Cochrane, el 27,6 % (n= 80) de la base de datos

Intervención de enfermería ante la muerte perinatal en el ámbito hospitalario

BVS, el 3,8 % (n= 11) se ha obtenido de la base de datos CINAHL y el 3,8% (n= 11) de otras fuentes. En la figura 8 se pueden observar estos resultados.

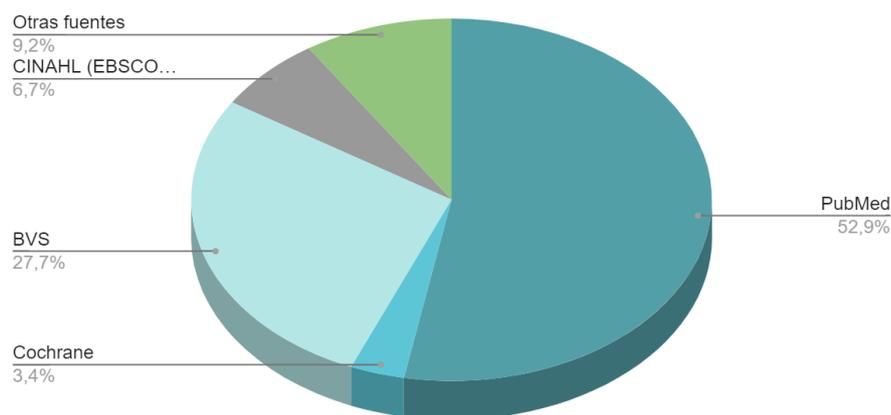
Fig. 8. Porcentaje de artículos obtenidos tras aplicar filtros automáticos en las diferentes bases de datos.



Fuente: elaboración propia.

Del total de artículos obtenidos tras la aplicación de los filtros automáticos (n= 290) se obtienen tras la lectura del título y resumen un total de 119 artículos para su lectura completa. De los artículos descartados (n= 189), un 90,48 % (n= 171) se excluyen, tras la lectura del título y resumen, por no guardar relación con el tema y un 9,52 % (n= 18) por estar duplicados. En la figura 9 se pueden observar estos resultados.

Fig. 9. Porcentaje de artículos obtenidos tras lectura de título y resumen de cada base de datos.



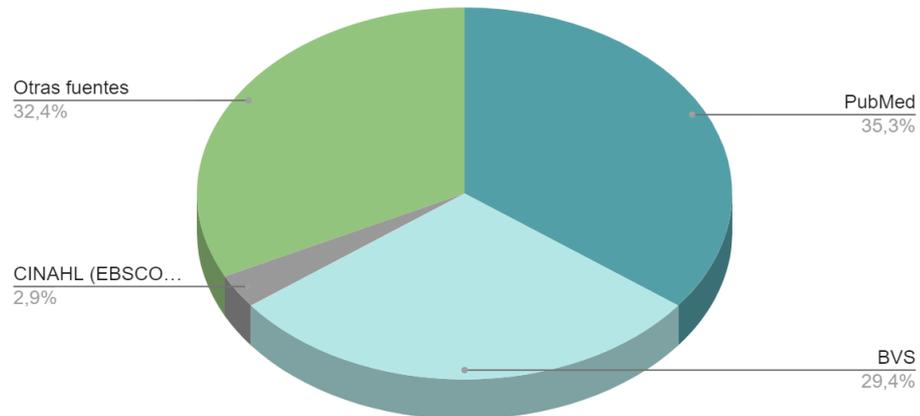
Fuente: elaboración propia.

A continuación, se procede a la lectura completa de los artículos (n= 101) y se descarta el 60,34% de estos (n=67) por no cumplir los criterios de inclusión de esta revisión,

Intervención de enfermería ante la muerte perinatal en el ámbito hospitalario

seleccionando un total de 34 artículos que deberán superar la calidad metodológica para ser incluidos en la revisión. En la figura 10 se pueden observar a qué fuentes pertenecen el total de artículos obtenidos.

Fig. 10. Porcentaje de artículos obtenidos tras lectura completa de cada base de datos.

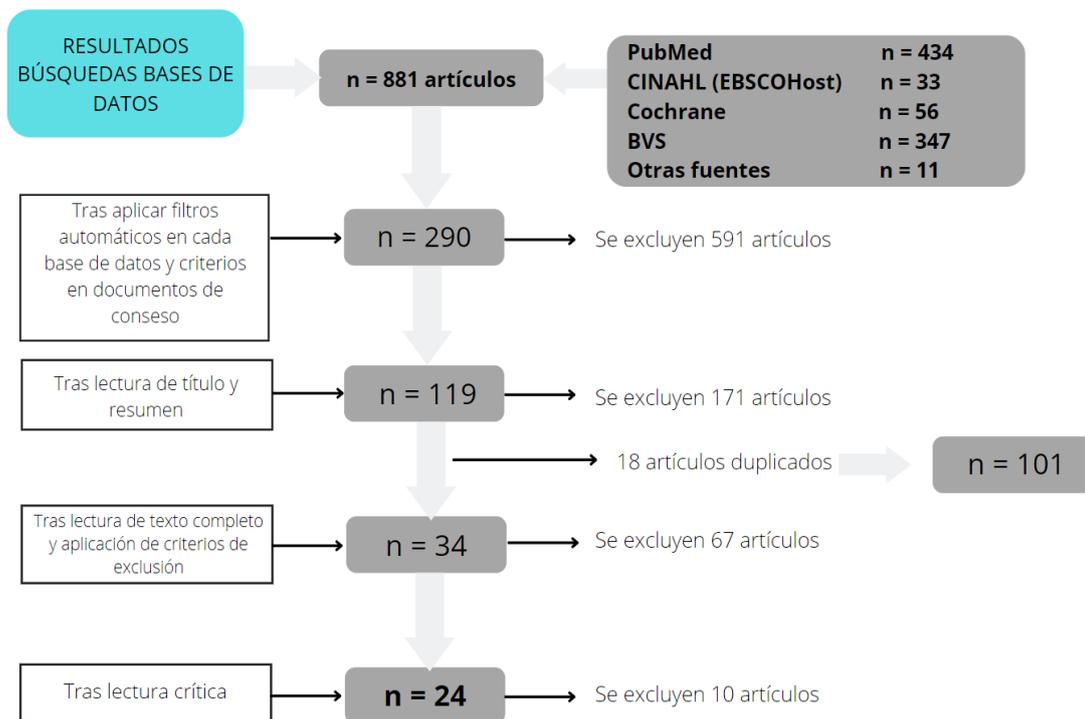


Fuente: elaboración propia.

Tras la evaluación de la calidad metodológica de los artículos seleccionados (n= 34) hasta este punto, se excluye el 29,41% (n= 10) por baja calidad metodológica y escasa evidencia científica. Finalmente se obtienen un total de 24 artículos para llevar a cabo la revisión.

En la figura 11 se muestra el diagrama de flujo de la selección de artículos.

Fig. 11. Diagrama de flujo de la selección de artículos definitivos.



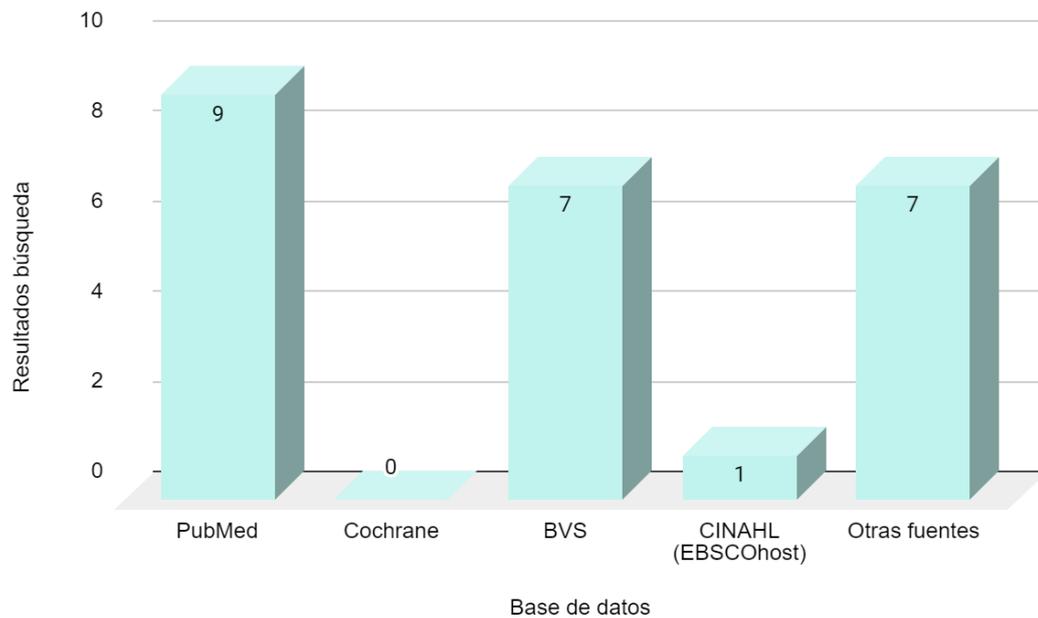
Fuente: elaboración propia.

4.2. Características de los estudios incluidos en la revisión

De los artículos incluidos para realizar esta revisión (n= 24), el 37,5% (n= 9) se ha obtenido de la base de datos PubMed, el 4,17% (n= 1) de CINAHL, el 29,17% (n= 7) de BVS y el 29,17% (n= 7) de otras fuentes.

La distribución de artículos por base de datos se puede observar en la figura 12.

Fig. 12. Distribución de artículos por base de datos.

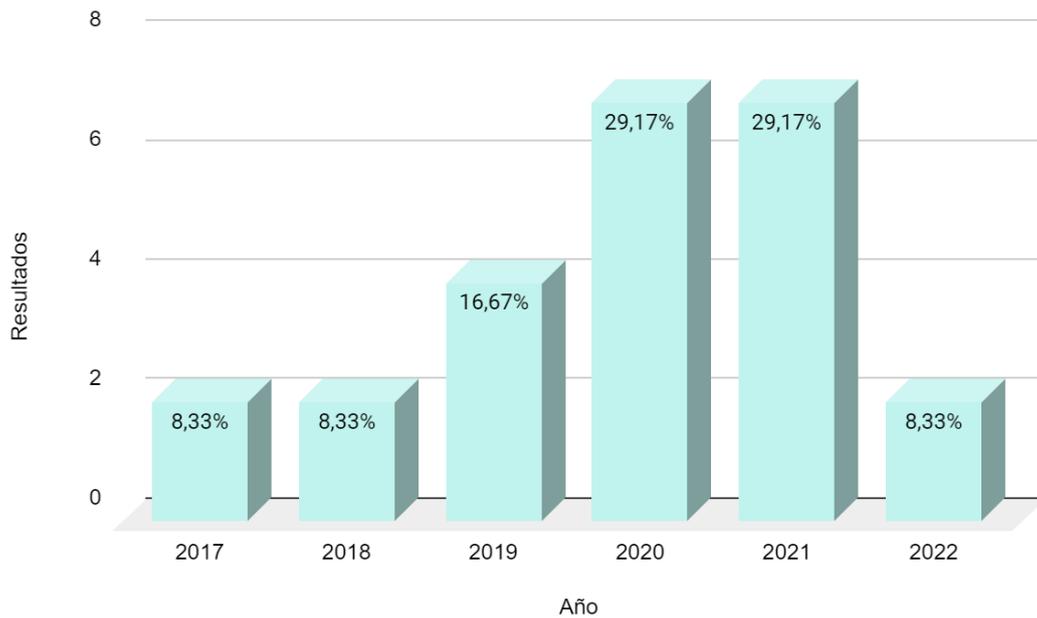


Fuente: elaboración propia.

De los artículos incluidos (n=24), los años con mayor porcentaje de publicaciones son el 2020 y el 2021, en los que se publicaron el 29,17% de los artículos cada uno (n= 7). Le siguen el año 2019, en el que se publicó el 16,67% de los artículos (n= 4) y los años 2017, 2018 y 2022, en los que se publicaron, por cada uno, el 8,33% de los artículos (n= 2).

La relación de artículos por año de publicación se puede observar en la figura 13.

Fig. 13. Distribución de artículos por año de publicación.



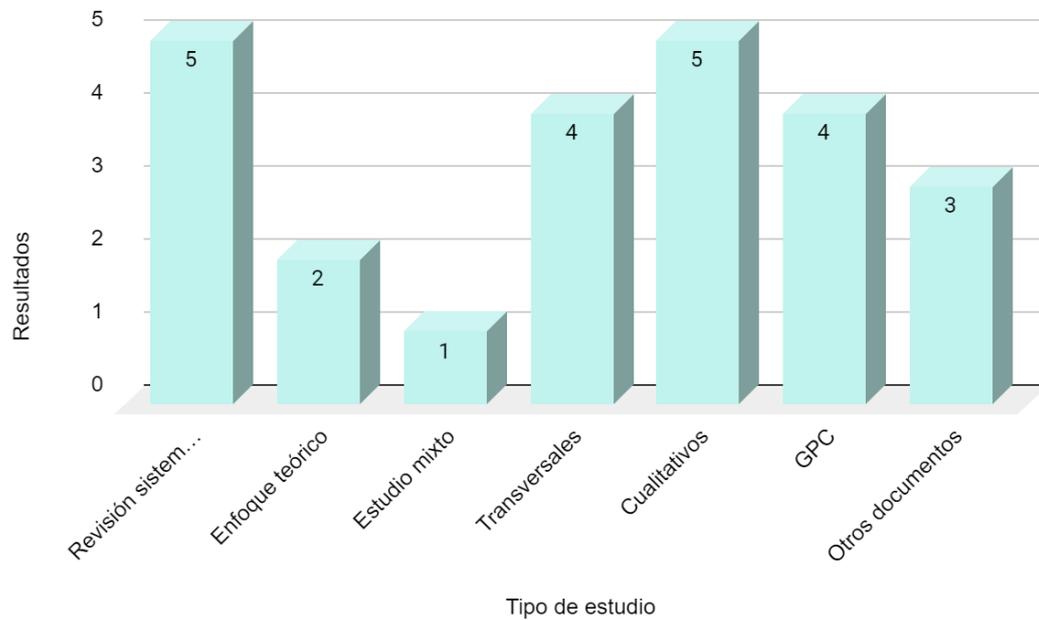
Fuente: elaboración propia.

Respecto al tipo de estudios incluidos, un 20,83% (n= 5) corresponde a revisiones sistemáticas y otro 20,83% (n= 5) a estudios cualitativos, un 16,67% (n= 4) a estudios transversales y otro 16,67% a guías de práctica clínica, el 12,5% (n= 3) corresponde a documentos de consenso (resumen de conferencia del posicionamiento de la AE Bancos de Leche, recomendación profesional e informe de organización), el 8,33% (n= 2) son enfoques teóricos y el 4,17% (n= 1) son estudios mixtos.

La distribución de artículos por tipo de documento se muestra en la figura 14.

Intervención de enfermería ante la muerte perinatal en el ámbito hospitalario

Fig. 14. Distribución de artículos por tipo de estudio.



Fuente: elaboración propia.

A continuación, en la tabla 6, se muestra de forma desglosada los aspectos más destacados de cada uno de los artículos que se han incluido: título, autor, fecha de publicación, tipo de estudio, base de datos de la que se ha obtenido, el objetivo y los resultados y conclusión.

Tabla 6. Información más relevante de los artículos incluidos en la revisión

Título del estudio	Autor y fecha de publicación	Tipo de estudio	Base de datos	Objetivo	Resultados y conclusiones de interés
1. Intervenciones de enfermería para facilitar el proceso de duelo después de la muerte perinatal: una revisión sistemática	Fernández-Férez et al. Mayo de 2021.	Revisión sistemática	BVS	Determinar la eficacia de las intervenciones de enfermería para facilitar el proceso de duelo como resultado de la muerte perinatal.	<p>Tras la muerte perinatal las intervenciones, que pueden llevarse a cabo antes o después de la muerte del bebé, que dan mejores resultados en los progenitores son el apoyo de los profesionales sanitarios, la educación para la salud (con el fin de comprender el proceso y permitirles la participación en la pérdida), la expresión de sus sentimientos y emociones, las sesiones grupales, el apoyo social, la actividad física y la educación de la familia. Estas permiten una mejora de la ansiedad, el dolor, el sueño y la confianza en sí mismos.</p> <p>Es necesario implicar a los padres en los estudios que se realicen de actividades e intervenciones de enfermería ya que suelen encontrarse en un segundo plano.</p> <p>Los profesionales sanitarios tienen que sentirse seguros y capacitados tras recibir una formación especializada en la muerte perinatal con el fin de afrontarla con confianza y compasión.</p>
2. Preparación de enfermeras y parteras para proporcionar	Qian et al. Agosto de 2021.	Revisión sistemática	BVS	Presentar una visión general muy necesaria y amplia de los	Se debe proporcionar atención específica e información que satisfaga las necesidades de los padres y para esto es necesario implementar programas educativos que preparen a enfermeras y parteras en el contexto de las universidades y hospitales.

<p>atención perinatal de duelo: una revisión sistemática del alcance</p>				<p>programas actuales de educación para el cuidado del duelo perinatal, proporcionando así una base para el desarrollo y la optimización del programa de educación, así como para identificar las necesidades futuras de investigación.</p>	<p>Capacitar a las enfermeras y parteras para encontrar las palabras y el enfoque correctos en las interacciones con los padres y cómo ayudar en la toma de decisiones.</p> <p>Esta formación debe incorporar la creación de memorias, estrategias de apoyo efectivas, brindar exámenes humanistas a los bebés, las influencias emocionales en el contexto de la pérdida perinatal en los proveedores de atención médica y las estrategias para promover el autocuidado, entre otras.</p> <p>Formación en el ámbito universitario a través de escenarios y simulaciones mediante juegos de rol.</p>
<p>3. El "Marco de lactancia después de la muerte infantil (AID)": una guía para la provisión de información de salud en línea sobre la lactancia después de la muerte fetal y</p>	<p>Carroll, Noble-Carr, Sweeney y Waldby. Mayo de 2020.</p>	<p>Guía clínica</p>	<p>BVS</p>	<p>Permitir a las familias en duelo y a los profesionales que puedan comprender y manejar mejor la lactancia y optimizar su salud y bienestar.</p>	<p>Es necesario que se proporcione a los pacientes información sobre el manejo de la lactancia y se les apoye para tomar decisiones a cerca de la leche materna en el momento en que su bebé muere.</p> <p>Siempre que sea posible, a los padres se les deben presentar opciones para mantener su leche, desecharla o ser considerados para la donación.</p> <p>Para algunos padres, la extracción de leche es una forma de mantener una estrecha conexión con el bebé y desarrollar una relación con el bebé fallecido.</p>

Intervención de enfermería ante la muerte perinatal en el ámbito hospitalario

la muerte infantil.					Los padres deben saber dónde y cómo pueden acceder a apoyo adicional para el duelo o lactancia que se adapte a sus propias necesidades y preferencias.
4. Pérdida involuntaria del embarazo y atención de enfermería: una meta etnografía.	Fernández-Basanta, Movilla-Fernández, Coronado, Llorente-García, y Bondas. Febrero de 2020.	Revisión sistemática	BVS	Sintetizar las experiencias de las enfermeras y parteras sobre el cuidado de los padres después de una pérdida involuntaria del embarazo.	<p>La atención brindada por las enfermeras se basa en minimizar los aspectos emocionales de la atención para centrarse en los aspectos físicos.</p> <p>Estas mismas profesionales se enfrentan a una serie de dificultades organizativas que dificultan el establecimiento de un vínculo como son la carga de trabajo, la falta de espacios exclusivos para hacer frente a la pérdida, la gestión del papeleo administrativo y la falta de preparación y conocimiento sobre cómo cuidar a estos padres, cómo comunicarse con ellos y cómo comportarse.</p> <p>La mayoría de las enfermeras y parteras experimentaron la atención como difícil e incluso un fracaso en el proceso de atención. Esta implicación profunda y emocional puede tener consecuencias personales.</p> <p>El apoyo entre profesionales proporcionó seguridad para atender las pérdidas involuntarias del embarazo. La orientación de líderes y compañeros, tener experiencias profesionales y personales, y sus convicciones con respecto a su papel se reportan como elementos motivadores que podrían fomentar el cambio en la práctica clínica.</p>
5. 'En el hospital no hay pautas asistenciales':	Fernández-Alcántara et al.	Estudio descriptivo cualitativo	BVS	Identificar y examinar las experiencias y prácticas	Tanto parteras como auxiliares de enfermería señalaron la importancia de humanizar el cuidado del bebé/feto a través de diferentes prácticas.

<p>experiencias y prácticas en la pérdida perinatal en España</p>	<p>Enero de 2020.</p>			<p>subjetivas de los profesionales experimentados que atienden la pérdida perinatal en el contexto hospitalario en España.</p>	<p>También señalaron padecer emociones como tristeza, dolor, insatisfacción o la necesidad de compartir esos momentos con otro miembro del equipo, sobre todo, cuando identificaban una falta de apoyo del equipo de atención médica.</p> <p>Los participantes expresaron una necesidad sustancial de capacitación específica para tratar el duelo perinatal, particularmente en las siguientes áreas: (i) cómo dar malas noticias, (ii) conocimiento de las pautas sobre el cuidado apropiado para los padres y (iii) habilidades para regular sus propias emociones.</p>
<p>6. Un estudio explicativo secuencial de métodos mixtos de los factores psicosociales que afectan la confianza de las parteras para proporcionar apoyo de duelo a los padres que han experimentado una pérdida perinatal</p>	<p>Agwu Kalu, Coughlan, Larkin. Junio de 2018.</p>	<p>Estudio explicativo secuencial de métodos mixtos</p>	<p>BVS</p>	<p>Explorar dentro de un contexto irlandés, los factores psicosociales que afectan la confianza de las parteras para proporcionar apoyo de duelo a los padres que han experimentado una pérdida perinatal.</p>	<p>La mayoría de las parteras necesitaban mejorar los niveles de conocimiento y habilidades para brindar apoyo a los padres en duelo ya que esto afecta directamente sobre la confianza en sí mismas.</p> <p>Las parteras coinciden en que su conciencia de las necesidades de los padres en duelo y las experiencias con los mismos les permite brindar atención individualizada.</p> <p>Señalan que deben lidiar con sus propias emociones además de con las de los progenitores. Por lo que necesitan un apoyo emocional y práctico adecuado.</p>

Intervención de enfermería ante la muerte perinatal en el ámbito hospitalario

<p>7. Uso de la teoría para informar y guiar el cuidado del duelo perinatal</p>	<p>Marianne H. Hutti, Rana Limbo. Febrero de 2019.</p>	<p>Enfoque teórico</p>	<p>BVS</p>	<p>Demostrar cómo, a través de las comprensión de los fundamentos teórico de la Participación Guiada y la intensidad del duelo perinatal, las enfermeras pueden ampliar significativamente su competencia y confianza en su capacidad para proporcionar una atención al duelo perinatal altamente individualizada, de apoyo y basada en la relación.</p>	<p>La atención debe ser individualizada. Se pueden utilizar listas de verificación de duelo perinatal para organizar los cuidados.</p> <p>El marco teórico de la Intensidad del Duelo Perinatal de Hutti fue desarrollado para ayudar a los profesionales de la salud a identificar a los hombres y mujeres con riesgo de sufrir un duelo muy intenso tras una pérdida perinatal. La Escala de Intensidad de Duelo Perinatal se basa en esta teoría, es un instrumento clínico que permite identificar la intensidad del duelo actual y predecir las mujeres con mayor riesgo de duelo patológico, depresión severa y/o ansiedad. La subescala de Realidad puede utilizarse como una forma de explorar el significado de una pérdida perinatal durante la hospitalización.</p> <p>Mediante la Participación Guiada las enfermeras pueden evaluar la intensidad del duelo en las primeras horas posteriores a la pérdida e intervenir más allá de lo que permite el marco de Hutti. Se basa principalmente en incorporar competencias relacionales y de comunicación mediante preguntas que permiten evaluar el significado de la pérdida.</p>
<p>8. Mujeres con muerte fetal: limitaciones de atención de las enfermeras.</p>	<p>Joice Moreira Schmalfluss, Regina Yoshie Matsue, Lucimare Ferraz.</p>	<p>Enfoque teórico</p>	<p>CINAHL</p>	<p>Presentar las limitaciones asistenciales de las enfermeras en relación con las mujeres en situación de</p>	<p>Las enfermeras obstétricas que atienden a mujeres después de la muerte fetal se sienten inseguras e impotentes sobre como brindar la mejor atención posible.</p> <p>Los cuidadores necesitan atención, ayuda y apoyo, oportunidades formales e informales para discutir situaciones con sus compañeros y</p>

Intervención de enfermería ante la muerte perinatal en el ámbito hospitalario

	Diciembre de 2019			muerte fetal, planteando una reflexión sobre este desafío de las prácticas del cuidado.	medidas frecuentes de autocuidado, así como capacitación u orientación adicional sobre cómo cuidar a las mujeres en duelo. Con el fin de conseguir una mejora en la atención por parte de enfermería se plantean algunas medidas como la formación basada en la evidencia sobre el duelo perinatal en escuelas y universidades, articulación entre formación académica y práctica, creación de protocolos de enfermería, mejora de las técnicas relacionales y de comunicación, asistencia individualizada, humanización, buenas condiciones de trabajo, favorecer redes de apoyo, estructuras adecuadas en los servicios de salud. Los profesionales deben trabajar la sensibilidad y la empatía para lograr establecer una comunicación efectiva entre el profesional y la mujer que ha experimentado la muerte fetal.
9. Intervenciones de enfermería para la atención perinatal del duelo en unidades de cuidados intensivos neonatales: una revisión del alcance.	Paraíso Pueyo et al. Marzo de 2021	Revisión sistemática	PubMed	Identificar intervenciones de enfermería para ayudar a los padres de neonatos ingresados en unidades de cuidados intensivos neonatales a hacer frente a la pérdida perinatal.	La escasa evidencia disponible sobre intervenciones de enfermería en torno a la atención perinatal del duelo subraya la necesidad de reevaluar la efectividad de las intervenciones diseñadas e implementadas para este fin. Se pretende que estas intervenciones ayuden al establecimiento de un vínculo positivo de afecto y protejan contra el desarrollo del duelo patológico. El personal de enfermería debe desempeñar su papel más importante como cuidador reconocido y valorado y proveedor de apoyo emocional. La importancia de este papel no se puede enfatizar lo suficiente, y debe usarse para justificar, motivar y promover estrategias de afrontamiento del duelo perinatal dentro del marco del proceso de enfermería.

<p>10. Mortinatalidad y atención perinatal: ¿Están capacitados los profesionales para abordar las necesidades de los padres?</p>	<p>Ravaldi et al. Septiembre de 2018.</p>	<p>Estudio transversal</p>	<p>PubMed</p>	<p>Evaluar las prácticas actuales de los proveedores de atención médica (HCP) que atienden a mujeres que experimentan una muerte fetal y explorar sus necesidades de capacitación para mejorar el apoyo a las familias en duelo.</p>	<p>Existe una gran necesidad de pautas de práctica y cursos de capacitación para los profesionales de la salud que apoyan a las familias después de una pérdida perinatal.</p> <p>Una buena atención no puede reparar la pérdida y el dolor que sienten los padres, sin embargo, una atención insensible y un enfoque no basado en la evidencia pueden empeorar el caso.</p> <p>Los profesionales necesitan mejorar su capacidad para brindar apoyo profesional a las familias, mostrar respeto por el bebé y ayudar a los padres a hacer frente a la terrible realidad.</p>
<p>11. Informar a las madres sobre la muerte neonatal y la necesidad de atención de duelo centrada en la familia: un estudio cualitativo fenomenológico</p>	<p>Abdel Razeq, Al-Gamal. Enero de 2021</p>	<p>Estudio cualitativo</p>	<p>PubMed</p>	<p>Comprender la experiencia vivida por las madres en torno al momento de estar informadas de las muertes neonatales en las unidades de cuidados intensivos.</p>	<p>Se requiere un papel más prominente para los profesionales médicos, especialmente las enfermeras, durante el tiempo inmediatamente posterior a la muerte neonatal.</p> <p>Después de recibir la noticia de la muerte neonatal en las UCIN jordanas, destaca las necesidades insatisfechas de las madres en duelo: (a) comunicación directa y adecuada con los cuidadores sobre la muerte neonatal; b) pasar tiempo privado con el neonato fallecido; c) participar activamente en la preparación corporal de los recién nacidos; y, sobre todo, d) recibir apoyo profesional para el duelo.</p> <p>Es fundamental que las enfermeras aborden las necesidades de las madres durante y después de la muerte neonatal, incluida una</p>

					comprensión integral de la experiencia de duelo de las madres, así como los rituales de duelo y las ceremonias de entierro en diversas culturas.
12. Prácticas hospitalarias para padres después de la pérdida perinatal	Kalanlar Bilge Octubre de 2018.	Estudio descriptivo transversal	PubMed	Proporcionar información completa y actualizada sobre las prácticas hospitalarias después de la muerte perinatal.	<p>Como cuidados ofrecidos por parte de enfermería se recomienda garantizar el tiempo necesario a los progenitores para ver y sostener al bebé fallecido, ofrecer fotografías de este, conservar recuerdos (como mechones, huellas, certificados, etc.) y velar por la intimidad de la familia en un entorno adecuado, entre otros.</p> <p>Estas recomendaciones no se pueden generalizar porque cabe tener en cuenta las diferencias culturales y las elecciones de los padres.</p> <p>El objetivo principal de enfermería debe ser ofrecer una atención respetuosa y la proporción de información adecuada para permitir la decisión libre. Por lo que deben estar capacitados para lidiar con la pérdida y el dolor.</p> <p>Las prácticas de apoyo más comunes implementadas en los hospitales son brindar la oportunidad de ver al bebé fallecido, ayudar con las opciones funerarias y las autopsias, y brindar apoyo para completar los documentos legales necesarios.</p> <p>Existe necesidad de realizar más estudios para lograr proporcionar atención culturalmente sensible y elaborar directrices hospitalarias.</p>
13. Las experiencias y necesidades de los profesionales	Shefaly Shorey, Beate André, Violeta López.	Revisión sistemática	PubMed	Examinar la literatura disponible sobre las necesidades y experiencias de	Lidiar con la muerte perinatal en las unidades de maternidad tiene un costo emocional en el bienestar psicológico de los profesionales de la salud.

Intervención de enfermería ante la muerte perinatal en el ámbito hospitalario

<p>de la salud que enfrentan la muerte perinatal: una revisión del alcance</p>	<p>Marzo de 2017.</p>			<p>los profesionales de la salud que trabajan en unidades de maternidad que han experimentado muerte perinatal.</p>	<p>Los profesionales se ven obligados a usar sus propias estrategias para lidiar con los sentimientos que les produce la muerte perinatal, pero necesitan que los hospitales reconozcan sus necesidades y les faciliten apoyo y formación.</p> <p>Es necesaria la capacitación formal de los hospitales sobre la prestación de atención de duelo culturalmente específica y habilidades de comunicación cuando se trata de la muerte perinatal.</p> <p>Adaptar al personal según su comodidad en la atención a los padres en duelo.</p>
<p>14. Respuesta de los profesionales sanitarios a la muerte intraparto: un estudio transversal</p>	<p>McNamara et al. Febrero de 2017.</p>	<p>Estudio transversal</p>	<p>PubMed</p>	<p>Documentar las experiencias de los profesionales de la salud después de la exposición a la muerte intraparto (DPI), identificar opiniones en torno a la educación y las estrategias de apoyo adecuadas, y determinar si la participación con una DPI tuvo algún impacto en la práctica clínica.</p>	<p>Un alto porcentaje de los profesionales de la salud no reciben capacitación de pregrado o posgrado para tratar la muerte intraparto. Se deben fomentar los talleres obligatorios de habilidades de comunicación y fomentar el autocuidado emocional de los sanitarios.</p> <p>La atención emocional adecuada, además del apoyo clínico, es necesaria para la mayoría de los profesionales de la salud si quieren continuar brindando atención clínica individualizada de alta calidad.</p> <p>Se necesita, por tanto, un enfoque proactivo que proporcione apoyo emocional a los profesionales de la salud expuestos a este tipo de situaciones.</p> <p>Se recomienda estudiar a cerca de la implantación de un equipo de apoyo en cada unidad de maternidad.</p>

Intervención de enfermería ante la muerte perinatal en el ámbito hospitalario

					Se puede considerar la aplicación de las rondas del Centro Schwartz, reuniones multidisciplinarias para profesionales de la salud destinadas a explorar y discutir el lado humano de la atención médica.
15. Respondiendo a la catástrofe: Un estudio de caso de aprendizaje de la muerte perinatal en la práctica de la partería	Laing, Fetherston, Morrison. Noviembre de 2020.	Estudio cualitativo	PubMed	Explorar las experiencias de las parteras de cuidar a través de la muerte perinatal y aprender de ella, para informar mejor la planificación efectiva y la entrega de educación que optimice tanto la partería como el autocuidado.	<p>Las parteras describieron la muerte perinatal como algo para lo que no podían sentirse completamente preparadas. También admiten que es una lucha mantener el trabajo y su vida personal separados.</p> <p>Estas profesionales se ven en situaciones donde experimentan numerosos sentimientos negativos por lo que dan voz a la necesidad de mejorar su propio crecimiento profesional, la confianza y las competencias, e inculcar un reconocimiento de la necesidad de una evolución continua para la profesión de partería.</p> <p>Entre las medidas que les motivan a seguir en su desarrollo profesional se encuentra el tener acceso a un apoyo colegiado sin prejuicios y el sentimiento positivo de poder cuidar a las mujeres y las familias.</p>
16. El estudio BLOSSoM: Burnout after perinatal LOSS in Midwifery. Resultados de una investigación	Ravaldi et al. Febrero de 2022.	Estudio transversal	PubMed	Abordar los niveles de agotamiento profesional en las parteras italianas y evaluar el impacto psicológico de cuidado del duelo	<p>Las parteras pueden desarrollar síntomas importantes de agotamiento y TEP con más frecuencia que otros profesionales de la salud.</p> <p>Las parteras más experimentadas desarrollan mecanismos de afrontamiento personal.</p> <p>El número de años de trabajo (más de 15) y el número de casos de muerte fetal asistidos (más de 10) disminuyen la percepción de dificultad para</p>

<p>nacional en Italia</p>				<p>sobre profesionales.</p>	<p>tratar con los padres en duelo, aunque los niveles de agotamiento se vieron aumentados.</p> <p>No está claro si un mayor número de eventos traumáticos experimentados se asocia con mayores síntomas de agotamiento. El factor más importante para inducir el agotamiento profesional puede no ser el número de eventos estresantes manejados, sino el impacto psicológico de estos eventos en la partera.</p> <p>Un buen apoyo puede vincularse a la satisfacción laboral que se logra cuando las parteras tienen una interacción positiva con las mujeres y su trabajo marca la diferencia para ellas, y la satisfacción laboral es clave para prevenir el agotamiento.</p>
<p>17. Experiencia de estudiantes de partería de pregrado frente a la muerte perinatal en la práctica clínica: un estudio cualitativo</p>	<p>Shen, Liang, Gao. Enero de 2022.</p>	<p>Estudio cualitativo</p>	<p>PubMed</p>	<p>Explorar las experiencias de las parteras estudiantes que cuidan a las familias con pérdida perinatal para proporcionar una referencia para mejorar la capacitación en cuidado del duelo perinatal y la capacidad de los estudiantes de partería para proporcionar este</p>	<p>La mayoría de los estudiantes informaron que no se sentían preparados para cuidar a los padres afligidos debido a la falta de capacitación en cuidado del duelo perinatal.</p> <p>Los estudiantes de partería reconocieron que la pérdida perinatal tuvo un fuerte impacto negativo en su estado psicológico.</p> <p>La atención de enfermería inadecuada puede dañar no solo a las familias en duelo, sino también a la salud psicológica y el desarrollo profesional de las parteras.</p> <p>Los estudiantes de partería deben tener más oportunidades bajo supervisión para cuidar a las familias en duelo y mejorar sus habilidades de cuidado del duelo en situaciones de la vida real.</p>

				cuidado a las familias en duelo.	
18. Donación de leche tras la muerte perinatal o del hijo lactante.	Carmen María Samaniego Fernández. Abril de 2019.	Resumen de conferencia del posicionamiento profesional de la AE Bancos de leche	Página web: Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN)	Analizar la situación y elaborar una posición común sobre la donación de leche tras la muerte perinatal.	<p>No existe una recomendación universal sobre la forma más eficaz para provocar la inhibición de la lactancia en aquellos casos en los que la madre decide suprimir la lactancia, y es aún menor la evidencia en relación con el manejo de la lactogénesis tras la muerte perinatal.</p> <p>La extracción de leche es, para algunas madres, una manera de validar su maternidad, mantener una conexión con su bebé y un hecho importante para la elaboración del duelo.</p> <p>No obstante, al mismo tiempo es necesario ampliar el conocimiento sobre la relación de la lactancia y la donación de leche materna con la evolución del duelo.</p> <p>Se considera que esta forma de donación debe ser abordada por los profesionales que atienden a la mujer en duelo en las primeras horas tras el fallecimiento, desde el correcto asesoramiento sobre la inhibición de lactancia (farmacológica vs natural) ofreciendo la opción de donar su leche si así lo desea.</p>
19. Duelo gestacional y perinatal, una realidad silenciada.	Eirene García Caro. Noviembre de 2019	Recomendación y opinión profesional Artículo de revista.	Fundación Dialnet		<p>Los estudios realizados con relación a la atención en caso de muerte perinatal arrojan que el abordaje de la situación desde una perspectiva multidisciplinar es importante.</p> <p>El personal sanitario debe estar informado y formado acerca de cómo actuar en estos casos, qué opciones hay y ser consciente de la responsabilidad que tiene y las consecuencias de sus actuaciones.</p>

<p>20. Informe Umamanita – Calidad de la atención sanitaria en casos de muerte intrauterina</p>	<p>Cassidy et al. Octubre de 2020.</p>	<p>Informe de la Asociación de apoyo a la muerte perinatal y neonatal</p>	<p>Portal web Umamanita</p>	<p>Analizar la calidad de la atención sanitaria en casos de muerte intrauterina durante la estancia hospitalaria, atendiendo a los principales componentes de la atención, tales como: el diagnóstico y la comunicación de la muerte, la atención al parto, la administración de sedantes, el contacto post mortem con el bebé, la conservación de objetos de recuerdo y fotografías, la disposición del cuerpo, la investigación de la muerte (la autopsia y los estudios de</p>	<p>Prevalece la atención focalizada en los aspectos físicos mientras se obvia el aspecto psicosocial.</p> <p>Es necesario reconocer que los profesionales sanitarios a menudo reclaman no sentirse preparados, formados ni respaldados para dar una atención de calidad a estas madres y sus familias. En estas circunstancias es de esperar que las investigaciones demuestren que la muerte perinatal tiene un coste sustancial sobre su salud mental y la calidad de sus vidas profesionales.</p> <p>Se debe ofrecer siempre la posibilidad a los padres de decidir los cuidados que se van a llevar a cabo por el personal de enfermería.</p> <p>La información, el apoyo y la ayuda de los profesionales son fundamentales para asegurar que no se pierde la única e irrepetible oportunidad de guardar estos valiosos recuerdos.</p> <p>A la luz de la sentencia del Tribunal Constitucional y de estos resultados, es necesario que todos los hospitales y Consejerías de Salud respondan desarrollando protocolos que atiendan la necesidad de ofrecer a todos los casos la posibilidad de una disposición privada de su hijo fallecido.</p> <p>Necesidad de formación en todos los ámbitos sanitarios que pudieran estar involucrados en la prestación de atención, incluyendo personal de atención primaria, urgencias y el equipo de ecografía.</p>
--	--	---	-----------------------------	---	--

				patología), además de las interacciones con el personal sanitario.	
21. Donación de leche después de una pérdida perinatal: un estudio fenomenológico	Fernández-Medina et al. Febrero de 2022.	Estudio cualitativo	Wiley Online Library Journal of Midwifery & Women's Health	Explorar las experiencias de las mujeres al donar su leche materna después de una pérdida perinatal.	<p>Las mujeres informaron que estaban inmersas en un sistema hospitalario paternalista en el que se cree que las mujeres no experimentarán el sufrimiento si no se discuten los aspectos de la pérdida perinatal.</p> <p>Las mujeres consideraron que el conocimiento de los profesionales de la salud sobre la lactancia en duelo era insuficiente.</p> <p>Las parteras y enfermeras se encuentran en una posición única para mitigar las respuestas traumáticas de las mujeres a la pérdida perinatal en un entorno de apoyo. Proporcionar información clara y sensible sobre el manejo de la lactancia materna después de la pérdida perinatal reduce el estrés y la incomodidad de las mujeres. Además, esta información permite a las mujeres tomar decisiones informadas y las empodera en el proceso de duelo. Los profesionales de la salud deben ser conscientes de que la donación de leche ayuda a algunas mujeres a hacer frente a la pérdida y, por lo tanto, deben ofrecer esta posibilidad como una opción.</p>
22. Clinical Practice Guideline for Care Around Stillbirth and Neonatal Death	Flenady et al. Enero de 2020	Guía de práctica clínica	Perinatal Society of Australia and New Zealand (PSANZ)	El objetivo principal de la guía es ayudar a los médicos en la investigación y auditoría de las muertes	Esta guía concluye que el profesional que afronta la muerte perinatal debe ser empático, objetivo y receptivo y sus cuidados se basan en ofrecer la información clara y sensible que los padres soliciten en caso de inquietudes o desconocimiento, incluirlos en la toma de decisiones y apoyarlos para que se expresen, dejarles tiempo con su bebé y para asimilar la información, anticiparse a sus respuestas emocionales, apoyar la información verbal con información escrita o electrónica

				<p>perinatales, incluyendo la comunicación con los padres, para permitir un enfoque sistemático de la de la mortalidad perinatal en Australia y Nueva Zelanda. El objetivo general es reducir el riesgo de muerte perinatal y proporcionar una asistencia adecuada a los padres.</p>	<p>precisa, interesarse por sus necesidades culturales, apoyar la elaboración de recuerdos y atender los cuidados físicos de la madre.</p> <p>También destaca la necesidad de identificar un espacio adecuado para dar la mala noticia y todas las conversaciones y cuidados posteriores con los padres.</p> <p>Se recomienda asignar una persona de contacto principal con formación en atención al duelo que esté disponible para los padres y otros miembros del equipo de atención para promover la continuidad de la atención.</p> <p>Cada centro de maternidad debe establecer y aplicar protocolos y políticas locales.</p>
<p>23. Guía de atención en el proceso de muerte y duelo gestacional y perinatal</p>	<p>Basanta Matos et al. 2020</p>	<p>Guía de práctica clínica</p>	<p>Servicio Gallego de Salud</p>	<p>Orientar a los/las profesionales que acompañan un proceso de muerte y duelo gestacional y perinatal.</p>	<p>Se incluyen una serie de cuidados para la muerte perinatal en el puerperio inmediato (entorno adecuado, empatía y respeto, información a los progenitores, cuidados al bebé, cuidados puerperales físicos, atención emocional, asesoramiento de lactancia, etc.). Todos ellos con el fin de favorecer una correcta elaboración del duelo.</p> <p>El/la profesional de la salud ofrecerá su apoyo en las decisiones que adopte la mujer de forma libre e informada.</p>

Intervención de enfermería ante la muerte perinatal en el ámbito hospitalario

					<p>Los profesionales que se enfrentan a un proceso de muerte gestacional o perinatal experimentan alteraciones emocionales y desembocan en actitudes de frustración e impotencia.</p> <p>Proporcionar a los profesionales herramientas o técnicas como formación para el conocimiento del tema, así como desarrollo de habilidades, crear grupos de apoyo entre profesionales o tratar el tema en las sesiones clínicas, ayudan a reducir el impacto personal y profesional ante un evento crítico, pudiendo disminuir los efectos y emociones negativas, y que sean procesadas más rápidamente.</p> <p>Se recomienda también conocer que expresiones se pueden decir y cuáles se deben evitar durante la atención al duelo.</p>
<p>24. Guía de asistencia a la muerte perinatal</p>	<p>Aguayo Maldonado et al. Marzo de 2021</p>	<p>Guía de práctica clínica</p>	<p>SEGO</p>	<p>Mediante este protocolo se pretende un abordaje integral de la muerte perinatal, aportando un instrumento que pueda aclarar las dudas sobre la mejor forma de actuar en estas situaciones. Su finalidad será mejorar la atención prestada por los</p>	<p>A lo largo del protocolo se mencionan los cuidados que deben ser abordados por el profesional de enfermería. Destacan la individualización de los cuidados puerperales, facilitar el manejo de la inhibición de la lactogénesis o hacer el ofrecimiento de donación de su leche al banco de leche, garantizar los cuidados al bebé (arroparlo, vestirlo, asearlo, etc.), la creación de una caja de recuerdos y facilitar trámites administrativos.</p> <p>Se necesita aprender nuevas habilidades para ayudar a los padres a entender las elecciones a las que se enfrentan, aclarar sus propios valores y tomar decisiones.</p> <p>La atención de enfermería requiere un trabajo personal y de equipo profesional, con matices tan importantes como la predisposición de ayuda, la compasión ante la persona y la familia que se atiende, la</p>

Intervención de enfermería ante la muerte perinatal en el ámbito hospitalario

				<p>profesionales, aumentando el grado de satisfacción en las mujeres que han pasado por un proceso de este tipo y en todo el personal implicado en su asistencia.</p>	<p>capacidad de reflexión ética entre todos y el autoconocimiento de nuestras fortalezas y limitaciones.</p> <p>El personal sanitario percibe aspectos positivos ante el hecho de brindar cuidado y apoyo a los progenitores ante una pérdida, pero también experimenta una carga emocional. Se deben ofrecer alternativas que permitan reducir el costo emocional que implica en los progenitores.</p> <p>Impulsar la realización de programas de formación entre los profesionales sanitarios para adquirir conocimiento del manejo en la atención del duelo perinatal y habilidad de comunicación interpersonal de malas noticias.</p>
--	--	--	--	---	---

Fuente: elaboración propia

Intervención de enfermería ante la muerte perinatal en el ámbito hospitalario

Esta tabla ha permitido la selección de la información más relevante para la elaboración de los siguientes apartados (resultados y conclusión).

5. Discusión

Con la finalidad de facilitar la discusión de los resultados obtenidos respondiendo a los objetivos planteados para esta revisión integradora, en este apartado se abordará cuál es el papel de enfermería tras la muerte perinatal en el ámbito hospitalario determinando sus fortalezas y deficiencias, así como las experiencias y expectativas a las que se enfrentan estos profesionales en el abordaje de la muerte perinatal.

5.1. Cuidados de enfermería tras la muerte perinatal en el hospital

Tal y como muestran la mayoría de los estudios incluidos en esta revisión, el papel de enfermería es determinante en la atención a la muerte perinatal en el ámbito hospitalario. La atención que estos profesionales brinden durante las primeras horas tras la pérdida a los progenitores será clave en la evolución del duelo.

Tras la selección de los artículos y documentos y la extracción de la información más relevante de cada uno se ha realizado una agrupación, que se detalla a continuación, de los cuidados de enfermería recomendados.

5.1.1. Recomendaciones generales para los cuidados de enfermería

El duelo perinatal se inicia tras el diagnóstico de pérdida perinatal. El concepto más amplio de este término incluye la muerte del bebé desde la semana 28 de gestación hasta los 28 días de vida, esto significa que las madres y sus núcleos reciben la noticia e inician el proceso de duelo en un centro hospitalario.

La evidencia muestra que, el papel que tienen los profesionales sanitarios es crucial puesto que una actitud profesional inadecuada puede tener importantes efectos negativos en la evolución del proceso de duelo. Asimismo, tal y como afirman Hutti y Limbo el abordaje del cuidado tras la muerte perinatal es una de las áreas más desafiantes de la práctica de enfermería (61,62).

Según García Caro, es imprescindible que el profesional sanitario se mantenga informado y formado en situaciones de muerte perinatal, siendo siempre consciente de la responsabilidad que conlleva su actuación y las posibles consecuencias (63).

Además, este mismo profesional debe brindar una atención individualizada. Las emociones que expresen los progenitores serán distintas en cada muerte perinatal y dependerán del momento del duelo. Para lograr una atención individual y conseguir una comunicación que facilite la relación entre enfermero y paciente se recomienda que el profesional se presente a la madre y al núcleo familiar con su nombre y cargo, de igual modo es necesario que las enfermeras entiendan el proceso de duelo y que proporcionen atención e información específica que cumpla con las necesidades de los padres. Para esto es imprescindible que como profesionales se tengan en cuenta los sentimientos, pensamientos, creencias y valores de las madres y sus familias (24,27,61,62,64).

García Caro hace mención también a la importancia de dar opciones, información y tiempo para decidir a las madres y padres que han sufrido la pérdida. Tal y como se describe en el informe de Umamanita, el estado de shock de los progenitores puede dar lugar a cambios de opinión continuos o remordimientos que hacen que con el tiempo varíen sus decisiones. Por esto el principal papel del profesional de enfermería en la atención al duelo es ser un apoyo y estar presente y preparado para cualquier cambio (63,65–67).

Por otro lado, resulta importante recordar que se debe brindar también apoyo y atención hacia la figura paterna o los familiares ahí presentes. En el estudio de Fernández et al. se destaca la importancia de este aspecto puesto que, son los propios profesionales los que afirman no saber cómo abordar las necesidades de los padres porque carecen de habilidades para lidiar con ellas. Del mismo modo, es importante considerar que no todas las madres y padres van a querer que se permita la entrada o inclusión del resto de familiares en los cuidados hacia el bebé, tal y como se afirma en el estudio de Ravaldi et al. (66,68).

Del mismo modo, es necesario que los cuidados se brinden en un entorno adecuado. En este sentido, Kalanlar de Sentina indica que solo el 41,9% de los hospitales que participaron en su estudio disponían de habitaciones adecuadas para las familias. Asimismo, en este estudio y en la guía presentada por PSANZ, se recomienda que las habitaciones puedan estar señalizadas con símbolos que permitan la identificación de los padres que han perdido a un bebé creando así conciencia del personal. Respecto a la habitación en la que se debe alojar a una mujer que acaba de perder a su bebé, el

informe de Umamanita, describe que debe ser un lugar alejado de otras mujeres embarazadas o que estén viviendo un postparto de un bebé vivo. La guía publicada por PSANZ añade que debe ser un lugar tranquilo, con intimidad, en el que se permita la reunión con familiares y libre de aparatos que puedan remover la memoria de los padres en duelo (27,65,69).

Por último, es importante destacar como parte transversal a la prestación de cuidados, tener en cuenta qué se debe decir y qué expresiones se deben evitar por parte de los profesionales. En este sentido Ravaldi et al., señalan que “una buena atención no puede reparar la pérdida y el dolor que sienten los padres, sin embargo, una atención insensible y un enfoque no basado en la evidencia pueden empeorar las cosas” (68).

En esta misma dirección las Guías del Servicio Gallego de Salud y la SEGO, recomiendan (24,70):

- Evitar expresiones inadecuadas como: “La vida continua...”, “Peor sería que...”, “La naturaleza es sabia...”, “No le des más vueltas”, “No llores más”, “Deja de pensar en eso”, “Ha pasado porque tenía que pasar”, “Aún no estaba formado del todo”, “Mejor ahora que más adelante”, “Es mejor de esta manera”, “podría haber sido peor...” “El tiempo lo cura todo”, “Aun eres joven”, “Tendréis más hijos”, “Al menos ya tenéis un hijo” etc.
- Se pueden utilizar expresiones como “qué manos tan perfectas”, “qué orejas tan pequeñas”, “qué pelo tan rizado”, etc. para alabar al bebé y que sus padres sientan orgullo.
- Si se quiere decir algo se puede decir: “lo siento mucho”, “me gustaría que las cosas hubiesen sido de otra manera”, “¿tienen alguna pregunta?”, “Podemos hablar de nuevo después”, “estoy aquí para ustedes”.
- En caso de deber comunicar el diagnóstico de muerte perinatal por una circunstancia inusual, se recomienda recibir formación específica para la comunicación de malas noticias (65,71).

5.1.2. Cuidados directos al bebé fallecido

A continuación, se procede al desarrollo de los cuidados que se prestarán directamente sobre el bebé fallecido.

En primer lugar, y en relación con el apartado anterior, se recomienda en numerosos estudios el referirse al bebé como “bebé” o, en el caso de tener el permiso de los progenitores y conocer el nombre, llamarlo por su nombre. Se debe evitar cosificar o referirse a él como “feto” o expresiones similares, de esta forma se logrará una atención más empática e individualizada (24,27).

En segundo lugar, en diferentes guías y estudios, se recomienda realizar una serie de cuidados al bebé. Los profesionales pueden realizar dichos cuidados contando con la presencia y colaboración de los progenitores u ofrecer la oportunidad de realizarlos a ellos mismos, lo que permitiría a los padres establecer un vínculo afectivo mayor y asimilar la pérdida de una forma más sana. La Guía de Muerte Perinatal publicada por la SEGO, recomienda satisfacer el deseo de los padres de acunar y arropar al bebé, realizarle el baño y tenerlo en brazos en un ambiente íntimo. Joice Moreira et al. añaden que enfermería debe estar, si los padres lo desean, al lado de estos durante la realización de los cuidados mencionados. Además, incluyen, que se puede hablar al niño y animar a la madre y familiares a que lo hagan si así lo sienten. El contacto piel con piel solo se menciona en la guía publicada por la PSANZ, pero se destaca por ser un cuidado con gran evidencia positiva en la práctica actual tras el parto (24,27,62).

En tercer lugar, cabe mencionar que como profesionales se debe garantizar que los padres puedan pasar el tiempo que necesiten con su hijo fallecido. A esto cabe añadir que, en ocasiones, el impacto tras la muerte puede llevar a los progenitores a no querer tener este tiempo, se debe entender, respetar e informar de los beneficios de pasar tiempo con el bebé fallecido para elaborar satisfactoriamente el duelo a largo plazo, tratando siempre de evitar presionarlos, pero ofreciendo más posibilidades para evitar remordimientos o duelos con mayores complicaciones (68,69,72).

Por último, el personal de enfermería debe contar con un registro de estadísticas y datos del recién nacido a pesar de estar fallecido. A la hora de pesar y medir al bebé se debe hacer de la forma más humanizada posible y se puede aprovechar esta oportunidad para prepararlo y arreglarlo, tapando las malformaciones en el caso de que

las haya, con el fin de presentar el hijo a sus progenitores de una forma digna y con el menor impacto, permitiendo que sean ellos quienes lo destapen y exploren hasta donde necesiten (27,70,71).

5.1.3. Cuidados relacionados con la atención física a la madre

Teniendo presente todos los cuidados mencionados hasta ahora cabe resaltar la necesidad de atender a los cuidados físicos que van a requerir las madres tras haber tenido a su bebé. Esta atención resulta igual de importante que el apoyo emocional, y a pesar de que, debido a la falta de organización en los hospitales o de recursos, implique una carga de trabajo abordar todas las áreas (62,73,74), es imprescindible que se cumpla también con los siguientes cuidados (24,27,70):

- Realizar un control y seguimiento tras el sangrado consecuente de haber sufrido un proceso de parto.
- Vigilar las posibles heridas y/o suturas en la zona abdominal, en caso de cesárea, o en la zona vaginal, tras el parto, y realizar los cuidados pertinentes de prevención de infecciones y control.
- Realizar un seguimiento de constantes vitales y estado aparente de la madre.
- En caso de que la madre sea Rh negativa, se le deberá administrar la Gammaglobulina anti-D en las primeras 72 horas.
- Ofrecer recomendaciones puerperales sobre anticoncepción, actividad física, aseo, etc.
- Administración de medicación para el dolor en caso de que sea necesario y así lo solicite la madre.
- Administración de sedantes o tranquilizantes si precisa. Teniendo en cuenta que, respecto a este cuidado existe controversia, ya que en el Informe de Umamanita realizado por Paul Cassidy, se expone que la administración es sistemática y generalizada en algunos hospitales de España. Este tipo de medicamento posee efectos amnésicos que da lugar a falta de autonomía en

quienes se administran, por lo tanto, es contrario a los deseos de la madre de poder ver y sostener a su bebé (24,65).

- Se hará hincapié en el asesoramiento de la lactancia. (Véase el apartado siguiente)

5.1.3.1. Asesoramiento de lactancia por parte de enfermería tras la muerte perinatal.

Como refieren diversos estudios, el papel del profesional de enfermería en el asesoramiento de la lactancia tras la muerte perinatal es clave puesto que la madre se encuentra en una situación de alta vulnerabilidad en la que se ve inmersa en continuos cambios y respuestas emocionales asociados a la variación de los niveles hormonales producidos por la lactogénesis (75,76).

Desde enfermería se debe proporcionar a los pacientes información sobre el manejo de la lactancia y ofrecer información para que tomen decisiones. Las principales opciones que se plantearán serán la supresión de la lactancia o el mantenimiento de esta para la donación.

Según Katherine Carroll et al. la supresión de la lactancia puede resultar beneficiosa para algunas madres que la experimentan como un recordatorio doloroso, pero en cambio, para otras, el mantenimiento de esta es una forma de conservar la conexión con el bebé y aumentar la relación (75).

Como cuidados generales de la lactancia se debe: dar tiempo para la toma de decisiones, ofrecer a los padres la posibilidad de mantener la leche hasta que tomen la decisión definitiva, facilitar grupos de apoyo adicionales al duelo y a la lactancia y alivio de posibles síntomas (malestar, fiebre, congestión mamaria, fugas, infección, etc.) (63,75–77).

En caso de decidir la supresión de la lactancia, esta puede ser farmacológica o no farmacológica. Si optan por la supresión no farmacológica, como profesionales de enfermería, se deberá ayudar en la extracción manual de descarga y administrar antiinflamatorios en caso de dolor para el alivio sintomático. En cambio, si optan por la supresión farmacológica, el servicio de enfermería deberá ponerlos en contacto con

un médico para facilitar la medicación correspondiente y vigilar los posibles efectos secundarios (75,76).

Del mismo modo, la madre puede decidirse por la donación de leche materna. Esta opción, tal y como se indica en el estudio de Samaniego Fernández, resultará un factor de apoyo y refuerzo para la elaboración del duelo. Y como profesionales de enfermería, se tendrá que facilitar información al respecto y ayudarles en la toma de decisiones para reducir su incomodidad y estrés (76,77).

5.1.4. Cuidados relacionados con la atención psicológica

Debido a que la atención y apoyo emocional por parte de enfermería tras la muerte perinatal tiene sus carencias y limitaciones, numerosos profesionales optan por ofrecer únicamente a las madres la atención física. Esto se debe a que es un área en la que se sienten más seguros, pero puede provocar en las pacientes una sensación de desapego, frialdad y falta de implicación (62). Por este motivo, el personal de enfermería debe mejorar su implicación en los cuidados emocionales.

En el estudio de Fernández Ferez et al., se menciona como cuidado principal proporcionar educación para la salud. Se considera una medida efectiva que mejora los resultados del duelo. Del mismo modo, Flenady V. et al. recomiendan que los profesionales deben ser empáticos, objetivos y mostrarse receptivos a las preguntas y dudas de los progenitores. Se les debe ofrecer información clara, sensible y oportuna, mediante un lenguaje comprensible y no técnico, haciéndoles partícipes de la toma de decisiones y tratando de reconocer en la fase del duelo que se encuentran para poder ayudarles debidamente y generar un vínculo emocional (27,66).

Tal y como refiere García Caro, los cuidados que más beneficiarán al bienestar psicológico de los padres serán disponer del tiempo necesario para estar con su bebé y la creación de una caja de recuerdos. Ravaldi et al. reflejan en su estudio que solo el 76,3% de los profesionales encuestados mencionaban la importancia de que los padres permanecieran con el hijo fallecido y que, solo el 41,1%, consideraba de utilidad tomar fotos como recuerdo del bebé (63,68).

Numerosos estudios reafirman que pasar tiempo con el bebé fallecido en privado y durante el tiempo necesario es de suma importancia para la madre y familiares que se

encuentran en esta situación debido a que refuerza el vínculo y mejora la aceptación del duelo (27,65,66,69,70,72). Cabe considerar que este cuidado, a pesar de tener que ofrecerse siempre y en diferentes ocasiones por los posibles cambios de opinión, no siempre tiene porque aceptarse y puede que la madre o el padre quieran verlo, pero no sus familiares más cercanos, como hermanos o abuelos (68). Asimismo, los profesionales deben evitar suposiciones previas sobre esta decisión. En el estudio de Fernández Alcántara se muestra como los profesionales consideran que tras la autopsia del bebé sus progenitores prefieren no verlo (71).

Respecto al cuidado de la memoria de recuerdos, se hace especial énfasis porque resulta un cuidado sencillo al que tiene acceso el personal de enfermería y con grandes beneficios en la evolución del duelo en el que la mayoría de los autores coinciden (24,27,62,64,70,74,78-80). A pesar de que en el estudio de Ravaldi et al. un 30% de los entrevistados desconocían la importancia de recopilar estos recuerdos (79).

En la elaboración de la caja de recuerdos se puede incluir:

- Fotos del bebé de las ecografías, del momento del parto y tras el nacimiento en papel o en formato digital
- Objetos personales como la pulsera identificativa del hospital, el gorro, el pijama, etc.
- Representación física de pies y manos
- Grabaciones del latido fetal
- Certificado de nacimiento y/o defunción
- Impresión de la placenta
- Leche materna congelada o joyas de leche materna
- Mechones de cabello
- Chupetes, peluches, mantas u objetos que estuvieran pensados para el bebé

En esta memoria se puede incluir también una carta escrita por los progenitores hacia o sobre su hijo fallecido (71). Además de cualquier objeto, documento, etc, que recuerde a los progenitores a su bebé y consideren oportuno (24,27,62,64,70,74,78-80).

Otro cuidado que debe prestar el profesional de enfermería será la facilitación de documentos y literatura psicoeducativa para el duelo perinatal, garantizando así que los padres y familiares asimilen la información dada y puedan consultarla cuando deseen. También se pueden recomendar grupos de apoyo para las familias en duelo, aunque en el estudio de Kalanlar de Sentina la recomendación y la eficacia de estos no está comprobada en todas las madres que pierden a sus bebés (69,78).

Finalmente cabe comentar que, según Hutti y Limbo se recomienda el uso de listas de verificación del duelo perinatal adaptadas al uso hospitalario. En este se mencionan la Escala de Intensidad del Duelo Perinatal de Hutti, que permite medir la intensidad del duelo y controlar el riesgo de desarrollo de un duelo patológico, y la Participación Guiada, que se basa en una serie de técnicas que permiten también medir la intensidad del duelo las primeras horas post pérdida e intervenir lo antes posible a través de técnicas de comunicación adaptadas a la situación (61).

5.1.5. Cuidados relacionados con los trámites administrativos

Los trámites administrativos suponen, durante la hospitalización de las familias que han padecido una muerte perinatal, una sobrecarga de trabajo para los profesionales de enfermería(62,73). Aun así, como enfermeros y principales personas de apoyo para estas familias, a pesar de la falta de recursos y tiempo, se debe tratar de ayudar y asesorar en los siguientes aspectos (62,64,73):

- Facilitar el alta hospitalaria precoz. Teniendo en cuenta que la madre ha recibido los cuidados y la información adecuada, se le han facilitado las visitas de seguimiento en atención primaria, y con un profesional de salud mental en caso de ser necesario, y es conocedora de opciones disponibles de apoyo al duelo tras la salida del hospital (27,70,68).
- Informar a los progenitores sobre las posibilidades de estudios postmortem, en este sentido tanto el estudio de Kalanlar de Sentina como el Informe de Umamanita recomiendan la realización de la autopsia puesto que parece que ayuda a reducir los sentimientos de culpa. Además, enfermería debería ayudar con las opciones de entierro y funerales y brindar apoyo para cumplimentar los documentos legales necesarios (65,69).

5.2. Limitaciones y fortalezas presentes durante los cuidados de enfermería en la muerte perinatal

A la hora de llevar a cabo los cuidados de enfermería ante la muerte perinatal en el hospital, los profesionales tienen que hacer frente a una serie de limitaciones que dificultan el trabajo de enfermería por la falta de recursos, lo que a su vez impide garantizar a los padres una atención completa y suponen un costo emocional en el bienestar psicológico de los profesionales (62,73,80,81).

Entre las diferentes limitaciones o barreras con las que deben lidiar, numerosos estudios coinciden en que las más comunes son: la falta de preparación profesional en la atención al duelo (también de formación en lactancia) y la falta de habilidades de comunicación (62,65,76,79,81). Ambas dan lugar a sentimientos de fracaso e inseguridad en el personal de enfermería e incluso les lleva a delegar sus tareas en otros profesionales o sentir la necesidad de abandonar su puesto de trabajo o profesión (62,73).

Otra limitación importante que repercute directamente sobre los profesionales es la falta de estrategias de autocuidado y de apoyo para lidiar con sus propias emociones y sentimientos en estas situaciones (24,67,74,79,81). En algunos casos, tal y como se expone en el enfoque teórico de Moreira et al. y en el estudio de Laing, Fetherson y Morrison, los profesionales evitan brindar atención emocional para protegerse a ellos mismos y se centran únicamente en los cuidados físicos (62,74).

También, en diversos estudios, se expone otra limitación destacable como es la falta de espacios exclusivos para hacer frente a la pérdida. Esta situación puede dar lugar a sentimientos de incomodidad y falta de intimidad, además de suponer la exposición de familias que están viviendo la pérdida con familias que acaban de recibir a su bebé con vida (62,71,73).

Por otro lado, los profesionales hacen frente a la falta de protocolos destinados a la muerte perinatal en los hospitales. Esta limitación se expone en el estudio de Fernández Alcántara et al., en el que se destaca la falta de directrices específicas sobre la prestación de apoyo emocional. Además, en numerosos estudios se expresa la necesidad de implantar dichas directrices para garantizar así una atención de calidad. Esta medida además facilitará la implicación de los profesionales que padecen

sentimientos negativos como tristeza, ansiedad, frustración, culpa, etc. en estas situaciones por un desconocimiento del proceso de duelo y de las necesidades de los padres (62–64,71).

Por último, también es necesario tener en cuenta el exceso de carga de trabajo al que se ven sometidos los profesionales sanitarios que atienden a mujeres y familiares que sufren la muerte perinatal en el ámbito hospitalario. Como excesos de carga destacan, sobre todo, la gestión del papeleo administrativo, el registro del nombre del bebé, el procedimiento de la autopsia, la búsqueda de un proveedor de atención espiritual, la falta de un lugar donde hablar con la familia y la falta de capacitación del departamento hospitalario para procesar todos los documentos relacionados con el fallecimiento (71,73).

Como fortalezas la evidencia muestra que, los profesionales han destacado, sobre todo, la actuación multidisciplinaria del equipo de maternidad y el apoyo entre compañeros tras vivir este tipo de experiencias. El apoyo entre profesionales, junto con las recomendaciones de líderes o compañeros con mayor experiencia en el abordaje de estas situaciones, permiten a los profesionales de enfermería llevar a cabo con mayor seguridad y confianza todos los cuidados en sus puestos de trabajo. Se destaca como punto más positivo en el abordaje de la muerte perinatal, la experiencia. La mayoría de los profesionales afirman que el trato con los progenitores y el consecuente aprendizaje que esto permite, la atención a la muerte perinatal en diferentes ocasiones y la ayuda de compañeros que ya estaban formados o habían vivido o atendido la muerte perinatal, mejoraron su resultado en los futuros cuidados en estas situaciones de pérdida (63,67,73,81,82).

5.3. Experiencias y expectativas de los profesionales de enfermería en el cuidado de la muerte perinatal

Como se ha visto hasta ahora, la muerte perinatal tiene un fuerte impacto en la madre y su núcleo familiar pero también en los profesionales que la atienden.

En la mayoría de los casos, los profesionales describen no sentirse preparados personal ni profesionalmente. En el estudio de Laing, Fetherson y Morrison las matronas describen sentimientos de vulnerabilidad en su capacidad profesional y se ven inmersas en un desafío personal, lo cual les repercute hasta el punto de volverse intervencionistas e incluso abandonar la profesión (74). En la revisión de Shorey, André y López se describe en los profesionales de la salud sentimientos de culpa y desmotivación, síntomas de TEP en algunos profesionales, recalcan la falta de formación y, en otros casos, necesidad de dejar la profesión. La evidencia revisada muestra que algunas parteras también experimentan, síntomas físicos como dolores de cabeza, fatiga, irritabilidad y agotamiento generalizado durante el cuidado de los progenitores (81). Además, en el estudio de Ravaldi et al. en el que se miden los niveles de agotamiento profesional de las matronas italianas, se concluye que estos profesionales tienen más probabilidades de desarrollar síntomas de agotamiento y TEP que otros profesionales sanitarios y que tras el cuidado de una pérdida perinatal, es frecuente que las enfermeras sufran de ansiedad, depresión y necesiten ayuda psicológica. Todos estos síntomas y sentimientos, se expone en este último estudio que no dependerán tanto del número de casos manejados, sino más bien, de la gestión emocional y el impacto psicológico sobre el profesional (79).

Por otro lado, y con el fin de conseguir una mejora en la atención por parte de enfermería se plantean una serie de medidas y condiciones que permitirían mejorar las expectativas y el cuidado de los profesionales de enfermería en estas situaciones. Moreira et al. exponen las siguientes ideas: garantizar formación basada en la evidencia sobre el duelo perinatal en escuelas y universidades, articulación entre formación académica y práctica, creación de protocolos de enfermería, mejora de las técnicas relacionales y de comunicación, asistencia individualizada, humanización, conseguir buenas condiciones de trabajo, favorecer redes de apoyo y crear estructuras adecuadas en los servicios de salud (62).

Con la misma finalidad, en el estudio de McNamara et al. se propone: la capacitación pre o postgrado sobre la muerte intraparto, fomentar los talleres de comunicación, la

educación sobre estrategias efectivas de autocuidado y las reuniones multidisciplinarias (mencionadas en el estudio como “rondas de Schawartz”) destinadas a explorar y discutir el lado humano de la atención médica (82).

Además de las expectativas mencionadas anteriormente, en la revisión de Qian et al. también se mencionan la obligatoriedad de reconocimiento de las necesidades psicológicas de los padres y entendimiento del proceso de duelo, facilitar por parte de los gerentes de los hospitales acceso psicológico para el personal sanitario y la práctica en escenarios de simulación para los estudiantes (64).

Otras medidas que se esperan por parte de los profesionales de enfermería para la mejora de la atención al duelo perinatal, y se repiten a lo largo de la literatura, son:

- La implantación de protocolos y directrices específicas sobre la prestación de apoyo emocional a los padres y la atención a la muerte perinatal (62,65,71).
- Una atención empática y respetuosa por parte del personal de enfermería a través de una escucha activa, contacto físico y expresión emocional (27,62,63,71,79,61).
- La incorporación en el equipo de trabajo de psicólogos o trabajadores sociales (71,79).
- Promover la rotación de los enfermeros que abordan estas situaciones con el fin de mejorar las habilidades y reducir la frustración o sentimientos negativos y permitiendo el descanso (24,27,81,82).

Para finalizar cabe recalcar que, numerosos estudios refieren que la mayoría del personal de enfermería coincide en denunciar la necesidad de mejorar la preparación y capacitación para el abordaje de la muerte perinatal en el hospital. Es más, se espera y considera que los profesionales de enfermería sean los cuidadores principales en los casos de muerte perinatal en el ámbito hospitalario debido a que tienen una posición única con un trato frecuente y cercano con el paciente por lo que deben ser estos los que faciliten el proceso de duelo a pesar de ser una de las áreas más desafiantes de la práctica enfermera (24,27,62,63,65,66,70,77,78,61).

6. Limitaciones

En primer lugar, se debe considerar como limitación de esta revisión la falta de una definición unánime del concepto de muerte perinatal. La cual cosa ha dificultado el proceso de búsqueda en las diferentes bases de datos y ha provocado una mayor selección manual de los artículos dando lugar a posibles sesgos de información.

En segundo lugar, se destaca la falta de artículos considerados de alto nivel de evidencia y, por tanto, la falta de investigación alrededor de los cuidados de la muerte perinatal en el hospital.

Y, en tercer lugar, cabe considerar la dificultad a la hora de realizar las búsquedas científicas puesto que en el momento de querer introducir descriptores más específicos se reducía de forma brusca el número de artículos y se perdían estudios de gran valor. Además de que la información estaba muy relacionada entre sí, y en la mayoría de los artículos encontrados para el objetivo general, se podían encontrar respuestas a los objetivos secundarios.

7. Conclusiones

Respondiendo al objetivo principal, y tras conocer la evidencia disponible sobre los cuidados de enfermería ante la muerte perinatal en el hospital, se puede concluir que, a pesar de que los cuidados que se deben brindar deben ser llevados a cabo por un equipo multidisciplinar, los profesionales de enfermería se consideran responsables del abordaje de esta y por ello adquieren una serie de responsabilidades en el cuidado al bebé fallecido, a los requerimientos físicos de la madre y a la salud emocional de la madre y su núcleo familiar.

Es muy importante tener en cuenta la situación de vulnerabilidad emocional de los progenitores y la gran importancia de disponer de habilidades de comunicación y la empatía necesaria por parte de los profesionales de enfermería. Se necesita para esto una formación en la atención al duelo perinatal y en el autocuidado profesional.

Respecto a los cuidados ofrecidos al bebé y a la madre, la atención de enfermería se basa en realizar y complacer las decisiones y necesidades de la madre y su núcleo familiar durante la estancia hospitalaria hasta el momento del alta. Se tratará de llevar a cabo de una forma individualizada y humanizada el trabajo que permita las decisiones libres e informadas y que garantice el tiempo necesario para cada cuidado proporcionado.

En relación con el primer objetivo específico resulta imprescindible mejorar las limitaciones presentes en el abordaje actual (la falta de espacios destinados al duelo perinatal, la carencia de formación de los profesionales en la atención a la muerte perinatal y en el autocuidado, la inexistencia de protocolos de actuación y el exceso de carga de trabajo) y se deben reforzar el trabajo en equipo y el apoyo entre compañeros.

En relación con el último objetivo es alarmante la situación que viven los profesionales que deben lidiar con la muerte perinatal. La mayoría presentan sentimientos de frustración, inseguridad, ansiedad y, en ocasiones, TEP, depresión y ganas de abandonar el puesto de trabajo o profesión. Estos sentimientos se pueden evitar mediante la implantación de nuevas medidas, principalmente, la capacitación y formación de los profesionales de enfermería ante la muerte perinatal.

Se puede concluir, por lo tanto, que a pesar de ser la muerte perinatal una situación cada vez con menor incidencia en España, los profesionales pueden tener que enfrentarse a esta y se debe conocer su correcto abordaje para prevenir las complicaciones del duelo en los progenitores. Por lo que es necesario que durante la

Intervención de enfermería ante la muerte perinatal en el ámbito hospitalario

formación del personal de enfermería se incluya la capacitación en el abordaje de la muerte perinatal.

A modo de resumen y conclusión final en el Anexo V se resumen los principales cuidados de enfermería tras la muerte perinatal en el ámbito hospitalario.

8. Anexos

Anexo I. Ficha herramienta de calidad metodológica de Lectura Crítica 3.0

9-Evaluación de la calidad del estudio

Éste es un resumen de lo que has contestado hasta ahora

Pregunta de investigación

¿El estudio se basa en una pregunta de investigación claramente definida? Sí No Parcialmente Sin información

Método

¿El método del estudio ha permitido minimizar los sesgos? Sí No Parcialmente Sin información

Resultados

¿Los resultados están correctamente sintetizados y descritos? Sí No Parcialmente Sin información

Conclusiones

¿Las conclusiones están justificadas? Sí No Parcialmente Sin información

Conflicto de interés

¿Está bien descrita la existencia o ausencia de conflicto de intereses? Si consta, especifica la fuente de financiación. Sí No Parcialmente Sin información

Validez externa

¿Los resultados del estudio son generalizables a la población y contexto que interesan? Sí No Parcialmente Sin información

Teniendo en cuenta tus respuestas a las 6 áreas que aparecen en esta pantalla, valora la calidad de la evidencia aportada por el estudio que has analizado. A modo de orientación, considera las siguientes sugerencias.

	Área de 'Método': SI	Área de 'Método': PARCIALMENTE	Área de 'Método': NO
Mayoría resto áreas: SI	Calidad Alta	Calidad Media	Calidad Baja
Mayoría resto áreas: PARCIALMENTE	Calidad Media	Calidad Media	Calidad Baja
Mayoría resto áreas: NO	Calidad Baja	Calidad Baja	Calidad Baja
No valorable: Has respondido 'Sin información' en el área de 'Método' o en la mayoría de las áreas por lo que no es posible valorar la calidad del estudio			

Fuente. Plataforma Web 3.0 para Fichas de Lectura Crítica.

López de Argumedo M, Reviriego E, Gutiérrez A, Bayón JC. Actualización del Sistema de Trabajo Compartido para Revisiones Sistemáticas de la Evidencia Científica y Lectura Crítica (Plataforma FLC 3.0). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2017. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: OSTEBA.

Anexo II. Directrices iniciativa STROBE

Para estudios transversales:

STROBE Statement—Checklist of items that should be included in reports of *cross-sectional studies*

	Item No	Recommendation
Title and abstract	1	(a) Indicate the study's design with a commonly used term in the title or the abstract (b) Provide in the abstract an informative and balanced summary of what was done and what was found
Introduction		
Background/rationale	2	Explain the scientific background and rationale for the investigation being reported
Objectives	3	State specific objectives, including any prespecified hypotheses
Methods		
Study design	4	Present key elements of study design early in the paper
Setting	5	Describe the setting, locations, and relevant dates, including periods of recruitment, exposure, follow-up, and data collection
Participants	6	(a) Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants
Variables	7	Clearly define all outcomes, exposures, predictors, potential confounders, and effect modifiers. Give diagnostic criteria, if applicable
Data sources/measurement	8*	For each variable of interest, give sources of data and details of methods of assessment (measurement). Describe comparability of assessment methods if there is more than one group
Bias	9	Describe any efforts to address potential sources of bias
Study size	10	Explain how the study size was arrived at
Quantitative variables	11	Explain how quantitative variables were handled in the analyses. If applicable, describe which groupings were chosen and why
Statistical methods	12	(a) Describe all statistical methods, including those used to control for confounding (b) Describe any methods used to examine subgroups and interactions (c) Explain how missing data were addressed (d) If applicable, describe analytical methods taking account of sampling strategy (e) Describe any sensitivity analyses
Results		
Participants	13*	(a) Report numbers of individuals at each stage of study—eg numbers potentially eligible, examined for eligibility, confirmed eligible, included in the study, completing follow-up, and analysed (b) Give reasons for non-participation at each stage (c) Consider use of a flow diagram
Descriptive data	14*	(a) Give characteristics of study participants (eg demographic, clinical, social) and information on exposures and potential confounders (b) Indicate number of participants with missing data for each variable of interest
Outcome data	15*	Report numbers of outcome events or summary measures
Main results	16	(a) Give unadjusted estimates and, if applicable, confounder-adjusted estimates and their precision (eg, 95% confidence interval). Make clear which confounders were adjusted for and why they were included (b) Report category boundaries when continuous variables were categorized (c) If relevant, consider translating estimates of relative risk into absolute risk for a meaningful time period
Other analyses	17	Report other analyses done—eg analyses of subgroups and interactions, and sensitivity analyses
Discussion		
Key results	18	Summarise key results with reference to study objectives
Limitations	19	Discuss limitations of the study, taking into account sources of potential bias or imprecision. Discuss both direction and magnitude of any potential bias
Interpretation	20	Give a cautious overall interpretation of results considering objectives, limitations, multiplicity of analyses, results from similar studies, and other relevant evidence
Generalisability	21	Discuss the generalisability (external validity) of the study results
Other information		
Funding	22	Give the source of funding and the role of the funders for the present study and, if applicable, for the original study on which the present article is based

*Give information separately for exposed and unexposed groups.

Para resúmenes de conferencias:

STROBE Statement—Items to be included when reporting observational studies in a conference abstract

Item	Recommendation
Title	Indicate the study's design with a commonly used term in the title (e.g cohort, case-control, cross sectional)
Authors	Contact details for the corresponding author
Study design	Description of the study design (e.g cohort, case-control, cross sectional)
Objective	Specific objectives or hypothesis
Methods	
Setting	Description of setting, follow-up dates or dates at which the outcome events occurred or at which the outcomes were present, as well as any points or ranges on other time scales for the outcomes (e.g., prevalence at age 18, 1998-2007).
Participants	<p><i>Cohort study</i>—Give the most important eligibility criteria, and the most important sources and methods of selection of participants. Describe briefly the methods of follow-up</p> <p><i>Case-control study</i>—Give the major eligibility criteria, and the major sources and methods of case ascertainment and control selection</p> <p><i>Cross-sectional study</i>—Give the eligibility criteria, and the major sources and methods of selection of participants</p> <hr/> <p><i>Cohort study</i>—For matched studies, give matching and number of exposed and unexposed</p> <p><i>Case-control study</i>—For matched studies, give matching criteria and the number of controls per case</p>
Variables	Clearly define primary outcome for this report.
Statistical methods	Describe statistical methods, including those used to control for confounding
Results	
Participants	Report Number of participants at the beginning and end of the study
Main results	<p>Report estimates of associations. If relevant, consider translating estimates of relative risk into absolute risk for a meaningful time period</p> <p>Report appropriate measures of variability and uncertainty (e.g., odds ratios with confidence intervals)</p>
Conclusions	General interpretation of study results

Von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP; Iniciativa STROBE. Declaración Fortalecimiento del informe de estudios observacionales en epidemiología (STROBE): directrices para la notificación de estudios observacionales. *J Clin Epidemiol.* 2008 Abr;61(4):344-9. PMID: 18313558

Anexo III. Herramienta CASPe para valoración estudios cualitativos

A/ ¿Los resultados del estudio son válidos?

Preguntas "de eliminación"

<p>1 ¿Se definieron de forma clara los objetivos de la investigación?</p> <p><i>PISTA: Considera</i></p> <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? 	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>2 ¿Es congruente la metodología cualitativa?</p> <p><i>PISTA: Considera</i></p> <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? 	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>3 ¿El método de investigación es adecuado para alcanzar los objetivos?</p> <p><i>PISTA: Considera</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Si el investigador hace explícito y justifica el método elegido (p.ej. fenomenología, teoría fundamentada, etnología, etc.). 	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>

¿Merece la pena continuar?

Preguntas "de detalle"

	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO SÉ	<input type="checkbox"/> NO
<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>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 ella. 			

<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 style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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 style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> 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><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>

C/¿Son los resultados aplicables en tu medio?

10 ¿Son aplicables los resultados de la investigación?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO SÉ	<input type="checkbox"/> NO
<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.			

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.

Anexo IV. Ficha herramienta de calidad metodológica MMAT para estudios de métodos mixtos

PART I. MMAT criteria & one-page template (to be included in appraisal forms)

Types of mixed methods study components or primary studies	Methodological quality criteria (see tutorial for definitions and examples)	Responses			
		Yes	No	Can't tell	Comments
Screening questions (for all types)	<ul style="list-style-type: none"> Are there clear qualitative and quantitative research questions (or objectives*), or a clear mixed methods question (or objective*)? Do the collected data allow address the research question (objective)? F.g., consider whether the follow-up period is long enough for the outcome to occur (for longitudinal studies or study components). <p><i>Further appraisal may be not feasible or appropriate when the answer is 'No' or 'Can't tell' to one or both screening questions.</i></p>				
1. Qualitative	1.1. Are the sources of qualitative data (archives, documents, informants, observations) relevant to address the research question (objective)? 1.2. Is the process for analyzing qualitative data relevant to address the research question (objective)? 1.3. Is appropriate consideration given to how findings relate to the context, e.g., the setting, in which the data were collected? 1.4. Is appropriate consideration given to how findings relate to researchers' influence, e.g., through their interactions with participants?				
2. Quantitative randomized controlled (trials)	2.1. Is there a clear description of the randomization (or an appropriate sequence generation)? 2.2. Is there a clear description of the allocation concealment (or blinding when applicable)? 2.3. Are there complete outcome data (80% or above)? 2.4. Is there low withdrawal/drop-out (below 20%)?				
3. Quantitative non-randomized	3.1. Are participants (organizations) recruited in a way that minimizes selection bias? 3.2. Are measurements appropriate (clear origin, or validity known, or standard instrument; and absence of contamination between groups when appropriate) regarding the exposure/intervention and outcomes? 3.3. In the groups being compared (exposed vs. non-exposed; with intervention vs. without; cases vs. controls), are the participants comparable, or do researchers take into account (control for) the difference between these groups? 3.4. Are there complete outcome data (80% or above), and, when applicable, an acceptable response rate (60% or above), or an acceptable follow-up rate for cohort studies (depending on the duration of follow-up)?				
4. Quantitative descriptive	4.1. Is the sampling strategy relevant to address the quantitative research question (quantitative aspect of the mixed methods question)? 4.2. Is the sample representative of the population under study? 4.3. Are measurements appropriate (clear origin, or validity known, or standard instrument)? 4.4. Is there an acceptable response rate (60% or above)?				
5. Mixed methods	5.1. Is the mixed methods research design relevant to address the qualitative and quantitative research questions (or objectives), or the qualitative and quantitative aspects of the mixed methods question (or objective)? 5.2. Is the integration of qualitative and quantitative data (or results*) relevant to address the research question (objective)? 5.3. Is appropriate consideration given to the limitations associated with this integration, e.g., the divergence of qualitative and quantitative data (or results*) in a triangulation design?				

*These two items are not considered as double-barreled items since in mixed methods research, (1) there may be research questions (quantitative research) or research objectives (qualitative research), and (2) data may be integrated, and/or qualitative findings and quantitative results can be integrated.

Pluye, P., Robert, E., Cargo, M., Bartlett, G., O’Cathain, A., Griffiths, F., Boardman, F., Gagnon, M.P., & Rousseau, M.C. (2011). Proposal: A mixed methods appraisal tool for systematic mixed studies reviews. Retrieved on [date] from <http://mixedmethodsappraisaltoolpublic.pbworks.com>. Archived by WebCite® at <http://www.webcitation.org/5tTRTc9yJ>

Anexo V. Resumen cuidados tras la muerte perinatal en el ámbito hospitalario.

Tabla 7. Resumen de los cuidados de enfermería ante la muerte perinatal en el ámbito hospitalario

	Cuidados de enfermería
Recomendaciones generales	<ol style="list-style-type: none">1. Ser consciente y consecuente de la responsabilidad que conlleva la actuación del profesional de enfermería.2. Favorecer un entorno tranquilo, íntimo, en el que la familia se encuentre cómoda y que permita visitas.3. Dar voz en la toma de decisiones a la madre y su núcleo familiar. Sin forzar las situaciones, pero siendo consciente de la situación que sufren y ofreciendo oportunidades de cambiar de decisión.4. Garantizar una comunicación entre profesional y paciente en la que este pueda expresar sus necesidades, se sienta cómodo y pueda aclarar sus dudas en cualquier momento.5. Tener en cuenta a todo el núcleo familiar. En un primer momento puede que los cuidados se centren en la madre, pero es necesario tener en cuenta al padre y los posibles hermanos o familiares presentes.6. Ofrecer una atención humanizada e individualizada.7. En el caso de tener que informar sobre el diagnóstico de la muerte, realizarlo en un entorno adecuado, con las palabras adecuadas y con el máximo respeto.8. Tener en cuenta las creencias o valores de cada familia.9. En la primera toma de contacto con los progenitores, realizar una presentación con el nombre y el cargo del profesional.10. Colocar un símbolo en la puerta de la habitación, con el consentimiento de los padres, para favorecer el mejor trato posible.

	<p>11. Tener en cuenta siempre qué expresiones debemos evitar y qué podemos decir.</p>
Relacionados con el bebé	<ol style="list-style-type: none">1. Referirnos al bebé siempre por su nombre, en caso de que los progenitores así lo pidan, o como “bebé”. Nunca utilizar la palabra “feto” o sinónimos de esta.2. Tratar al bebé de la forma más humanizada posible a la hora de pesarlo y medirlo.3. Bañarlo, vestirlo, hablarle o acunarlo al igual que haríamos con un bebé vivo.4. Prepararlo para que la primera impresión de los padres sea lo menos impactante posible, tapando las malformaciones en caso de que sea posible. Pero siempre permitiendo a los familiares que los destapen y cuiden como deseen.5. Dejar el bebé con sus padres todo el tiempo que necesiten.6. Realizar todas las actividades con la presencia de la madre o padre siempre que sea posible y así lo quieran ellos.
Relacionados con la atención física a la madre	<ol style="list-style-type: none">1. Cuidado y control de la posible hemorragia vaginal.2. Cuidado de heridas y suturas (en zona vaginal o abdominal si cesárea).3. Administración de analgesia en caso de dolor.4. Si madre Rh negativa, administración de Gammaglobulina anti-D en las primeras 72 horas.5. Cuidados puerperales (reposo, control de constantes, etc.) y recomendaciones sobre la anticoncepción y la actividad física.6. Asesoramiento de lactancia:

	<ol style="list-style-type: none">a. Garantizar información sobre las opciones disponibles acerca de la lactancia para facilitar una toma de decisiones libre.b. Alivio de posibles síntomas: malestar, fiebre, congestión mamaria, fugas, infección, etc.c. Facilitar información sobre dónde y cómo acceder a grupos de apoyo adicionales sobre lactancia y duelo.d. En caso de decidir supresión farmacológica el profesional de enfermería debe ponerla en contacto con un médico para facilitar el medicamento y controlar los riesgos y posibles efectos secundarios.e. En caso de decidir supresión no farmacológica el profesional de enfermería debe ayudar en el alivio del dolor a través de antiinflamatorios y en las extracciones de descarga.f. En caso de mantenimiento de la producción de leche para donación, facilitar el contacto con el banco de leche y ayudar en las primeras extracciones y conservación de la leche mientras se encuentre en el hospital.
Relacionados con la atención psicológica	<ol style="list-style-type: none">1. Mostrando apoyo emocional, ofreciendo confianza, educación para la salud y creando vínculos emocionales con los padres.2. Garantizando grupos de apoyo grupal para los progenitores.3. Permitiendo ver al bebé muerto, si así lo indica su madre y su núcleo, durante el tiempo que necesiten.4. Favoreciendo un fuerte vínculo entre el profesional y los padres y familiares, mostrando empatía y sirviendo de apoyo.5. Creando una memoria de recuerdos del bebé con los detalles más importantes.6. Ofreciendo la posibilidad de escribir una carta al bebé fallecido.7. Utilizando herramientas que permitan conocer el estado del duelo como la Escala de Intensidad del Duelo Perinatal de Hutti y técnicas como la participación guiada para mejorar la comunicación.

Intervención de enfermería ante la muerte perinatal en el ámbito hospitalario

	8. Facilitando documentación psicoeducativa y literatura sobre la muerte y el duelo perinatal.
Relacionados con los trámites administrativos	<ol style="list-style-type: none">1. Facilitar el alta reduciendo la estancia hospitalaria de la madre, con toda la información correspondiente sobre su seguimiento en atención primaria.2. Informar a los padres sobre las posibilidades de estudios <i>postmortem</i> y animar a solicitar la autopsia.3. Facilitar la solicitud de realizar procedimientos funerarios y de entierro.4. Ayudar en la complementación de los trámites y documentos legales.

Fuente: elaboración propia

Referencias bibliográficas.

1. Silver RM. Fetal death. *Obstet Gynecol* [Internet]. enero de 2007 [citado 13 de marzo de 2022];109(1):153-67. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17197601/>
2. Para que cada bebé cuente. [citado 13 de marzo de 2022]; Disponible en: <http://www.who>.
3. Macdorman MF, Kirmeyer SE, Wilson EC. Fetal and Perinatal Mortality, United States, 2006. *Natl Vital Stat Reports* [Internet]. 28 de agosto de 2012 [citado 19 de mayo de 2022];60(8). Disponible en: https://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr60/nvsr60_08.pdf
4. Evaluation of Fetal Death: Definition of Fetal Death, Frequency of Fetal Death, Diagnosis of Fetal Death [Internet]. [citado 19 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://emedicine.medscape.com/article/259165-overview#showall>
5. Clement EG, Horvath S, McAllister A, Koelper NC, Sammel MD, Schreiber CA. The Language of First-Trimester Nonviable Pregnancy: Patient-Reported Preferences and Clarity. *Obstet Gynecol* [Internet]. 1 de enero de 2019 [citado 19 de mayo de 2022];133(1):149-54. Disponible en: https://journals.lww.com/greenjournal/Fulltext/2019/01000/The_Language_of_First_Trimester_Nonviable.20.aspx
6. Disposición 3514 del BOE núm. 55 de 2010 [Internet]. España: BOE; 2010 [citado 19 de mayo de 2022]. p. 1-14. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2010/03/04/pdfs/BOE-A-2010-3514.pdf>
7. DeCS Server - List Terms [Internet]. [citado 19 de mayo de 2022]. Disponible en: <http://decs2020.bvsalud.org/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>
8. Mortinato [Internet]. World Health Organization. [citado 19 de mayo de 2022]. Disponible en: https://www.who.int/health-topics/stillbirth#tab=tab_2

9. Lawn JE, Blencowe H, Pattinson R, Cousens S, Kumar R, Ibiebele I, et al. Stillbirths: Where? When? Why? How to make the data count? *Lancet*. 23 de abril de 2011;377(9775):1448-63.
10. Doornbos JPR, Nordbeck HJ, Treffers PE. The reliability of perinatal mortality statistics in The Netherlands. *Am J Obstet Gynecol*. 1 de mayo de 1987;156(5):1183-7.
11. CME Info - Estimaciones de mortalidad infantil [Internet]. [citado 19 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://childmortality.org/>
12. Tasa de mortinatalidad (por cada 1000 nacimientos totales) [Internet]. [citado 19 de mayo de 2022]. Disponible en: [https://www.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/indicator-explorer-new/mca/stillbirth-rate-\(per-1000-total-births\)](https://www.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/indicator-explorer-new/mca/stillbirth-rate-(per-1000-total-births))
13. Tasa de mortalidad neonatal (por cada 1000 nacidos vivos) (ODS 3.2.2) [Internet]. [citado 19 de mayo de 2022]. Disponible en: [https://www.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/indicator-explorer-new/mca/neonatal-mortality-rate-\(per-1000-live-births\)](https://www.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/indicator-explorer-new/mca/neonatal-mortality-rate-(per-1000-live-births))
14. Salud del recién nacido [Internet]. World Health Organization. [citado 19 de mayo de 2022]. Disponible en: https://www.who.int/health-topics/newborn-health#tab=tab_2
15. Calidad del registro de muertes perinatales. Asturias, 1986–90 [Internet]. [citado 19 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.gacetasanitaria.org/es-pdf-S021391119471181X>
16. Borrell C, Krauel X, Ricart M, Bellart J, Plasència A. Validación de las causas de muerte perinatal de los boletines estadísticos de defunción. En: ANALES ESPAÑOLES DE PEDIATRÍA [Internet]. 4.^a ed. Barcelona; 1997 [citado 19 de mayo de 2022]. p. 410-6. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/anales/47-4-15.pdf>

17. Cassidy P, Roncallo P, Escudé A, Maldonado S, Cassidy J. Muerte y duelo perinatal [Internet]. Vol. 4, Muerte y duelo perinatal. Umamanita. Revista cuidados, evidencia y comunidad. 2018 [citado 19 de mayo de 2022]. Disponible en: www.umamanita.es/revista-muerte-y-duelo-perinatal Equipoderedacción
18. Plasència Taradach A. Las Estadísticas de Mortalidad Perinatal en España: ¿Hay que Tirar la Malla? Gac Sanit [Internet]. 1 de mayo de 1990 [citado 19 de mayo de 2022];4(18):91-2. Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org/es-las-estadisticas-mortalidad-perinatal-espana-articulo-S0213911190710035>
19. Cirera Suárez L, Martínez López C, Salmerón Martínez D, Navarro Sánchez C. Subcertificación de las muertes perinatales en obstetricia y neonatología. An Pediatría [Internet]. 1 de agosto de 2008 [citado 19 de mayo de 2022];69(2):129-33. Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es-subcertificacion-muertes-perinatales-obstetricia-neonatologia-articulo-S1695403308720228>
20. Tasa de Mortalidad Perinatal según sexo (1698) Instituto Nacional de Estadística [Internet]. [citado 19 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1698#!tabs-tabla>
21. Tasa de Mortalidad Fetal tardía según sexo (1695) Instituto Nacional de Estadística [Internet]. [citado 19 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1695>
22. Tasa de Mortalidad Infantil Neonatal según sexo (1678) Instituto Nacional de Estadística [Internet]. [citado 19 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1678>
23. Tasa de Mortalidad Perinatal por comunidad autónoma según sexo (1699). Instituto Nacional de Estadística [Internet]. [citado 19 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1699#!tabs-grafico>

24. Aguayo Maldonado J, Fernández Miranda M de la C, Martín Boado ME, Molina García FS, Viñuela Benítez M del C. Guía De Asistencia En La Muerte Perinatal. SEGO, Guía Asistencia Práctica. 2021. p. 1-46.
25. Nijkamp JW, Sebire NJ, Bouman K, Korteweg FJ, Erwich JJHM, Gordijn SJ. Perinatal death investigations: What is current practice? *Semin Fetal Neonatal Med.* 1 de junio de 2017;22(3):167-75.
26. Huiza L, Pacora P, Ayala M, Buzzio Y. La muerte fetal y la muerte neonatal tienen origen multifactorial [Internet]. Scielo Perú. 2003 [citado 19 de mayo de 2022]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832003000100003
27. Flenady V, Oats J, Gardener G, Masson V, McCowan L, Kent A, et al. Clinical Practice Guideline for Care Around Stillbirth and Neonatal Death [Internet]. Vol. Versión 3. Brisbane, Australia; 2020 [citado 13 de junio de 2022]. Disponible en: <https://stillbirthcre.org.au/wp-content/uploads/2021/03/Clinical-Practice-Guidelines-for-Care-Around-Stillbirth-and-Neonatal-Death2-2.pdf>
28. Wright LL. Global Neonatal Health. *Avery's Dis Newborn* (Ninth Ed. 1 de enero de 2012;23-36.
29. Blasco Navarro M, Cruz Cobas M, Cogle Duvergel Y, Navarro Tordera M. Principales factores de riesgo de la morbilidad y mortalidad neonatales. Scielo [Internet]. julio de 2018 [citado 20 de mayo de 2022];22(7). Disponible en: http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192018000700578
30. Jiménez Puñales S, Pentón Cortés RJ. Mortalidad perinatal. Factores de riesgo asociados. *Clínica e Investig en Ginecol y Obstet Elsevier* [Internet]. 1 de enero de 2015 [citado 20 de mayo de 2022];42(1):2-6. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-articulo-mortalidad-perinatal-factores-riesgo-asociados-S0210573X13000506>

31. Flenady V, Koopmans L, Middleton P, Frøen JF, Smith GC, Gibbons K, et al. Major risk factors for stillbirth in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 16 de abril de 2011;377(9774):1331-40.
32. Zoila VB, Vanessa GD, Vanesa BC, Emilio CN, Carlos NLR. Stillbirth: Can we act on its prevention? *Rev Chil Obstet Ginecol* [Internet]. 2013 [citado 3 de febrero de 2021];78(6):413-8. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262013000600002&lng=es&nrm=iso&tlng=en
33. Gómez Gutiérrez-Solana I, Larrañaga C. Hemorragia en la gestación. *SciELO* [Internet]. 2009 [citado 20 de mayo de 2022];32(1). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272009000200009
34. Sánchez Colín WZ. Resultados perinatales de pacientes con sangrados del primer y segundo trimestres del embarazo comparado con pacientes con embarazo sin sangrado transvaginal [Internet]. [Mexico, Puebla]: Instituto mexicano del seguro social delagación estatal en Puebla; 2015 [citado 20 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://repositorioinstitucional.buap.mx/handle/20.500.12371/11847>
35. Mangesi L, Hofmeyr GJ, Smith V, Smyth RMD. Fetal movement counting for assessment of fetal wellbeing. *Cochrane Database Syst Rev*. 15 de octubre de 2015;2015(10).
36. Serrano Berrones MÁ, Beltrán Castillo I, Serrano Berrones JR. Perfil biofísico para conocer el bienestar fetal. *Rev Esp Méd Quir* [Internet]. octubre de 2012 [citado 20 de mayo de 2022];17(4):300-7. Disponible en: www.nietoeditores.com.mx
37. José V, Almela D, Perales Puchalt A, Cohen MC, Perales Marín A. Muerte fetal tardía [Internet]. Libro blanco de la muerte súbita infantil. [citado 20 de mayo de 2022]. 29-36 p. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/libro_blanco_muerte_subita_3ed_1382443264.pdf

38. Samaniego Fernández CM. Donación de leche tras la muerte perinatal o del hijo lactante. [Internet]. [citado 20 de mayo de 2022]. Disponible en: https://www.aebhl.org/images/area_socios/2019/pdf/20190430_posicion_muerte_perinatal.pdf
39. Olza I, Álvarez Álvarez M, Silvente C, Herrera B, Aguayo P, García Roldán A. Guía para la atención a la muerte perinatal y neonatal. España; 2009.
40. BOE.es - BOE-A-1889-4763 Real Decreto de 24 de julio de 1889 por el que se publica el Código Civil. [Internet]. [citado 20 de mayo de 2022]. Disponible en: [https://www.boe.es/eli/es/rd/1889/07/24/\(1\)/con](https://www.boe.es/eli/es/rd/1889/07/24/(1)/con)
41. Los «fetos cruz» ya son bebés con nombre y apellidos | El Parto es Nuestro [Internet]. [citado 20 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.elpartoesnuestro.es/blog/2011/04/29/los-fetos-cruz-ya-son-bebes-con-nombre-y-apellidos>
42. Ley 20/2011, de 21 de julio, del Registro Civil. [Internet]. España: Jefatura del Estado; jul 21, 2011. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2011/BOE-A-2011-12628-consolidado.pdf>
43. BOE.es - BOE-A-2015-7851 Ley 19/2015, de 13 de julio, de medidas de reforma administrativa en el ámbito de la Administración de Justicia y del Registro Civil. [Internet]. [citado 20 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2015-7851&p=20150714&tn=1#asegundo>
44. El Libro de Familia y derechos a la inscripción tras la muerte de un bebé durante el embarazo o después de nacer [Internet]. [citado 20 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.umamanita.es/libro-de-familia-derechos/>
45. Artículo 30 del Código Civil español – Conceptos Jurídicos [Internet]. [citado 20 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.conceptosjuridicos.com/codigo-civil-articulo-30/>

46. Montero SMP, Sánchez JMR, Montoro CH, Crespo ML, Jaén AGV, Tirado MBR. Experiences with perinatal loss from the health professionals' perspective. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. noviembre de 2011 [citado 20 de mayo de 2022];19(6):1405-12. Disponible en: <http://www.scielo.br/j/rlae/a/8sxFFgPXFfJBKrCPSbXK5VS/?lang=en>
47. López García de Madinabeitia AP. Duelo perinatal: Un secreto dentro de un misterio. Rev Asoc Esp Neuropsiq [Internet]. 2011 [citado 20 de mayo de 2022];53-70. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v31n1/05.pdf>
48. Pastor Montero SM, Vacas Jaén AG, Rodríguez Tirado MB, Macías Bedoya JM, Pozo Pérez F. Experiencias y vivencias de los padres y profesionales ante la pérdida perinatal. Rev Paraninfo Digit [Internet]. 2007 [citado 20 de mayo de 2022];1. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n1/o104.php>
49. Concejo Sánchez S, del Álamo Bastidas G, Martín Díaz I, Martín Jiménez E, Poza Bustamante L, Romero Ponce B, et al. Programa de salud en atención primaria para la atención del duelo por la pérdida de un hijo en el periodo perinatal [Internet]. Matronas Profesión. 2002 [citado 20 de mayo de 2022]. p. 17-24. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/293335243_Programa_de_salud_en_atencion_primaria_para_la_atencion_del_duelo_por_la_perdida_de_un_hijo_en_el_periodo_perinatal
50. Martínez Dávalos CS. El profesional de enfermería ante el duelo por muerte perinatal. Enfermería Investig Investig Vinculación, Docencia y Gestión [Internet]. 29 de marzo de 2018 [citado 20 de mayo de 2022];3(1, Mar):10-5. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6538725>
51. Valenzuela MT, Bernaldes M, Jaña P. Duelo perinatal: Perspectivas de los Profesionales de la Salud. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 1 de junio de 2020 [citado 20 de mayo de 2022];85(3):281-305. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262020000300281&lng=es&nrm=iso&tlng=es

52. Camacho-Ávila M, Fernández-Sola C, Jiménez-López FR, Granero-Molina J, Fernández-Medina IM, Martínez-Artero L, et al. Experience of parents who have suffered a perinatal death in two Spanish hospitals: A qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 19 de diciembre de 2019 [citado 20 de mayo de 2022];19(1):1-11. Disponible en: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-019-2666-z>
53. Rengel Díaz C. Plan de cuidados de enfermería para la pérdida perinatal y el aborto . *Enfermería Docente* [Internet]. 2010 [citado 20 de mayo de 2022];37-43. Disponible en: <http://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/huvvsites/default/files/revistas/ED-091-09.pdf>
54. Alvarado García R. Muerte perinatal y el proceso de duelo. 2019; Disponible en: <http://repositorio.pediatrica.gob.mx:8180/bitstream/20.500.12103/1381/1/ActPed2003-053.pdf>
55. Chung MC, Reed J. Posttraumatic Stress Disorder Following Stillbirth: Trauma Characteristics, Locus of Control, Posttraumatic Cognitions. *Psychiatr Q* [Internet]. 1 de junio de 2017 [citado 20 de mayo de 2022];88(2):307-21. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11126-016-9446-y>
56. Moore BS, Carter BS, Beaven B, House K, House J. Focus: Death: Anticipation, Accompaniment, and a Good Death in Perinatal Care. *Yale J Biol Med* [Internet]. 1 de diciembre de 2019 [citado 20 de mayo de 2022];92(4):741. Disponible en: </pmc/articles/PMC6913827/>
57. González Castroagudín S, Suárez López I, Polanco Teijo F, Ledo Marra M, Rodríguez Vidal E. Papel de la Matrona en el manejo del duelo perinatal y neonatal. *Para saber de. (Cad Aten Primaria)* [Internet]. 2013 [citado 20 de mayo de 2022];19:113-7. Disponible en: https://www.agamfec.com/pdf/CADERNOS/VOL19/vol_2/ParaSaberDe_vol19_n2_2.pdf

58. Martos López IM, Sánchez Guisado M del M, Chaxiraxi Guedes A. Duelo por muerte perinatal, un duelo desautorizado. Rev Esp Comun Salud [Internet]. 2016 [citado 20 de mayo de 2022];7(2):300-9. Disponible en: <https://e-revistas.uc3m.es/index.php/RECS/article/view/3454/2088>
59. Cala Páez ML, Arteaga Hernández FL. Duelo por muerte perinatal. Necesidad de una atención diferencial e integral. Arch Med [Internet]. 2019 [citado 21 de mayo de 2022];19(1):32-47. Disponible en: <https://doi.org/10.30554/archmed.19.1.2853.2019>
60. Fuentes L del P. Muertes perinatales y asistencia profesional como matrona al duelo . Rev Electrónica Portales Medicos.com [Internet]. 21 de agosto de 2020 [citado 21 de mayo de 2022];15(16). Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/muertes-perinatales-y-asistencia-profesional-como-matrona-al-duelo/>
61. Hutti MH, Limbo R. Using Theory to Inform and Guide Perinatal Bereavement Care. MCN Am J Matern Child Nurs [Internet]. 1 de enero de 2019 [citado 7 de octubre de 2021];44(1):20-6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30531586/>
62. Schmalfuss JM, Matsue RY, Ferraz L. Women with fetal death: nurses' care limitations. Rev Bras Enferm [Internet]. 13 de diciembre de 2019 [citado 13 de junio de 2022];72:365-8. Disponible en: <http://www.scielo.br/j/reben/a/t7mkLN3f56xTD8kTZSDsT4x/?lang=en>
63. García Caro E. Duelo gestacional y perinatal, una realidad silenciada. Anu Psicología e Saúde Rev Of da Sección Psicología e Saúde do COPG [Internet]. 2019 [citado 13 de junio de 2022];12:135-46. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7237733>
64. Qian J, Sun S, Wu M, Liu L, Yaping S, Yu X. Preparing nurses and midwives to provide perinatal bereavement care: A systematic scoping review. Nurse Educ Today. 1 de agosto de 2021;103.

65. Cassidy PR, Cassidy J, Olza I, Ancel AM, Jort S, Sánchez D, et al. Informe Umamanita: encuesta sobre la calidad de la atención sanitaria en casos de muerte intrauterina. 2018 [citado 13 de junio de 2022];(1.1). Disponible en: https://www.umamanita.es/wp-content/uploads/2020/10/Informe-Umamanita-Calidad-Atencion-Muerte-Intrauterina-2018_1.pdf
66. Fernández-Férez A, Ventura-Miranda MI, Camacho-Ávila M, Fernández-Caballero A, Granero-Molina J, Fernández-Medina IM, et al. Nursing Interventions to Facilitate the Grieving Process after Perinatal Death: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 24 de mayo de 2021;18(11).
67. Agwu Kalu F, Coughlan B, Larkin P. A mixed methods sequential explanatory study of the psychosocial factors that impact on midwives' confidence to provide bereavement support to parents who have experienced a perinatal loss. *Midwifery* [Internet]. 1 de septiembre de 2018 [citado 8 de octubre de 2021];64:69-76. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29966879/>
68. Ravaldi C, Levi M, Angeli E, Romeo G, Biffino M, Bonaiuti R, et al. Stillbirth and perinatal care: Are professionals trained to address parents' needs? *Midwifery* [Internet]. 1 de septiembre de 2018 [citado 7 de octubre de 2021];64:53-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29929062/>
69. Kalanlar B. Hospital Practices for Parents Following Perinatal Loss. *Omega* [Internet]. 1 de noviembre de 2020 [citado 7 de octubre de 2021];82(1):92-104. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30282521/>
70. Basanta Matos R, Conde García M, Luis Fernández Trisac J, González Rodríguez L, Marcelina Klepsh Rotondaro G, Míguez Vázquez V, et al. Guía de atención no proceso de morte e dó xestacional e dó xestacional e perinatal [Internet]. Santiago de Compostela; 2020 [citado 13 de junio de 2022]. Disponible en: https://www.sergas.es/Humanizacion/Documents/26/guia_morte_perinatal_080620f_trz.pdf

71. Fernández-Alcántara M, Schul-Martin L, García Caro MP, Montoya-Juárez R, Pérez-Marfil MN, Zech E. 'In the hospital there are no care guidelines': experiences and practices in perinatal loss in Spain. *Scand J Caring Sci*. 1 de diciembre de 2020;34(4):1063-73.
72. Abdel Razeq NM, Al-Gamal E. Informing mothers of neonatal death and the need for family-centered bereavement care: A phenomenological qualitative study. *J Spec Pediatr Nurs* [Internet]. 1 de abril de 2021 [citado 6 de junio de 2022];26(2):e12328. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jspn.12328>
73. Fernández-Basanta S, Movilla-Fernández MJ, Coronado C, Llorente-García H, Bondas T. Involuntary Pregnancy Loss and Nursing Care: A Meta-Ethnography. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 1 de marzo de 2020 [citado 13 de junio de 2022];17(5). Disponible en: [/pmc/articles/PMC7084405/](https://pmc/articles/PMC7084405/)
74. Laing RE, Fetherston CM, Morrison P. Responding to catastrophe: A case study of learning from perinatal death in midwifery practice. *Women and Birth* [Internet]. 1 de noviembre de 2020 [citado 13 de junio de 2022];33(6):556-65. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1871519219309618?via%3Dihub>
75. Carroll K, Noble-Carr D, Sweeney L, Waldby C. The “Lactation After Infant Death (AID) Framework”: A Guide for Online Health Information Provision About Lactation After Stillbirth and Infant Death. *J Hum Lact*. 1 de agosto de 2020;36(3):480-91.
76. Samaniego Fernández CM. Donación de leche tras la muerte perinatal o del hijo lactante. Posición de la Asociación Española de Bancos de Leche Humana. Mesa Redon 4 Donando Leche [Internet]. 2019;1-9. Disponible en: https://www.aeblih.org/images/area_socios/2019/pdf/20190430_posicion_muerte_perinatal.pdf

77. Fernández-Medina IM, Jiménez-Lasserrotte M del M, Ruíz-Fernández MD, Granero-Molina J, Fernández-Sola C, Hernández-Padilla JM. Milk Donation Following A Perinatal Loss: A Phenomenological Study. *J Midwifery Womens Health* [Internet]. 2022 [citado 6 de junio de 2022];00:1-7. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jmwh.13342>
78. Paraíso Pueyo E, González Alonso AV, Botigué T, Masot O, Escobar-Bravo MÁ, Lavedán Santamaría A. Nursing interventions for perinatal bereavement care in neonatal intensive care units: A scoping review. *Int Nurs Rev*. 1 de marzo de 2021;68(1):122-37.
79. Ravaldi C, Carelli E, Frontini A, Mosconi L, Tagliavini S, Cossu E, et al. The BLOSSoM study: Burnout after perinatal LOSS in Midwifery. Results of a nation-wide investigation in Italy. *Women and Birth* [Internet]. 1 de febrero de 2022 [citado 13 de junio de 2022];35(1):48-58. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1871519221000032?via%3Dihub>
80. Shen Q, Liang J, Gao Y. Experience of undergraduate midwifery students faced with perinatal death in clinical practice: A qualitative study. *Nurse Educ Today* [Internet]. 1 de enero de 2022 [citado 13 de junio de 2022];108. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0260691721004160?via%3Dihub>
81. Shorey S, André B, López V. The experiences and needs of healthcare professionals facing perinatal death: A scoping review. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 1 de marzo de 2017 [citado 13 de junio de 2022];68:25-39. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748916302450>
82. McNamara K, Meaney S, O'Connell O, McCarthy M, Greene RA, O'Donoghue K. Healthcare professionals' response to intrapartum death: a cross-sectional study. *Arch Gynecol Obstet* [Internet]. 1 de abril de 2017 [citado 8 de octubre de 2021];295(4):845-52. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28210863/>

