

Vivencia de los progenitores y papel de la matrona en un duelo perinatal

Nogales-Lora, F. Domínguez-Mejías, M. Falcón-Carvajal, L.
"Vivencia de los progenitores y papel de la matrona en un duelo perinatal"
SANUM 2022, 6(2) 24-29

Resumen

La muerte fetal puede ser un evento devastador en las vidas de las mujeres y sus parejas. Se ha demostrado que causa un duelo prolongado, en parte por la falta de aceptación del proceso de duelo por parte de la sociedad. Además, como la mayoría de las mujeres conciben dentro de un año de la pérdida, los efectos psicológicos negativos de la pérdida anterior pueden continuar en embarazos posteriores, a pesar de tener el nacimiento de un niño sano. Por todo ello, queremos exponer un caso clínico en el que se refleja cómo viven los progenitores, pero sobre todo la mujer, este proceso.

AUTORAS

Fátima Nogales Lora

Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

María Domínguez Mejías


Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología. Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología. Área de Parto. Hospital de Cruces. Barakaldo, Bizkaia

Laura Falcón Carvajal

Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología. Centro de salud Ortuella, Bilbao.

Autora de Correspondencia:

Fátima Nogales Lora

 fatima.n190@gmail.com

Tipo de artículo:

Caso clínico

Sección:

Enfermería maternal

F. recepción: 28-10-2021

F. aceptación: 03-01-2022

Palabras clave:

Duelo;
Muerte Fetal;
Matrona;
Padres.

Experience of the parents and the role of the midwife in a perinatal grievance

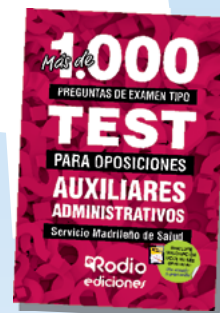
Abstract

Fetal death can be a devastating event in the lives of women and their partners. It has been shown to cause prolonged grief, in part due to a lack of acceptance of the grieving process by society. In addition, since most women conceive within a year of the loss, the negative psychological effects of the earlier loss can continue in later pregnancies, despite the birth of a healthy child. For all these reasons, we want to present a clinical case that reflects how the parents, but especially the woman, live this process.

Keywords:

*Grief;
Fetal Death;
Midwife;
Parents.*

Servicio
Madrileño
de Salud



Rodio

Introducción

El resultado esperado y deseado de un embarazo, es el nacimiento de un niño sano, pero no hay que olvidar que este proceso no está exento de riesgos tanto maternos como fetales. Las ilusiones y expectativas positivas se ven acabadas cuando se produce una muerte fetal anteparto. Este hecho marcará la vida social, familiar y de pareja durante toda la vida¹.

La organización mundial de la salud define muerte perinatal como "aquella que ocurre entre la semana 22 de gestación y los 7 primeros días de la vida del bebé"².

En torno a 2 millones de bebés nacen muertos cada año. La mayoría de estas muertes fetales (nacimiento de un bebé sin signos de vida en las 28 semanas de gestación o más) ocurren en países de ingresos bajos y medio-bajos³.

En España, alrededor de 1.500 bebés mueren cada año durante el embarazo pasadas las 22 semanas de gestación⁴.

La muerte fetal puede ser un evento devastador en las vidas de las mujeres y sus parejas. Se ha demostrado que causa un duelo prolongado, en parte por la falta de aceptación del proceso de duelo por parte de la sociedad. Además, como la mayoría de las mujeres conciben dentro de un año de la pérdida, los efectos psicológicos negativos de la pérdida anterior pueden continuar en embarazos posteriores, a pesar de tener el nacimiento de un niño sano⁵.

En el duelo perinatal intervienen factores biológicos, psicológicos, sociales y espirituales. Durante este proceso, el padre y la madre, pueden sufrir trastornos de alimentación y de sueño. Al igual que manifestar más enfermedades crónicas y menor calidad de vida⁶. Por otro lado, también pueden experimentar ansiedad, depresión, trastornos por estrés postraumático y otros problemas relacionados con la salud mental⁷.

Hay que tener en cuenta que, las mujeres que experimentan una muerte fetal tienen tres veces más riesgo de desarrollar síntomas depresivos en comparación con las mujeres que tuvieron un bebé vivo. En un estudio reciente, el 7-8% de las mujeres con un nacido vivo experimentaron síntomas de estrés postraumático en comparación con el 44% de las mujeres que experimentaron muerte fetal.

Las mujeres que han sufrido este proceso, tienen un alto riesgo médico y son más vulnerables, lo que incrementa la necesidad de identificar los esfuerzos para mejorar su salud tanto física como mental⁸.

Por todo ello, queremos exponer un caso clínico en el que se refleja cómo viven los progenitores, pero sobre todo las mujeres este proceso, desde que se les da la noticia, y, por otro lado, cómo el profesional responsable ayuda a la gestante, desde una perspectiva psicológica para ir aceptando de manera paulatina, el fallecimiento de su bebé.

Presentación del caso

Durante el desarrollo de este caso clínico se mantendrá el anonimato de la paciente bajo la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal, con el fin de no vulnerar sus derechos y proteger su confidencialidad⁹.

A continuación, se expone un caso clínico recogido por la matrona que atiende a la gestante en el servicio de urgencias de maternidad y en paritorio. Señora I.T.R, 35 años, secundípara de 38 semanas de gestación, que acude acompañada por su pareja a urgencias.

A su llegada, accede al puesto de triaje refiriendo dinámica uterina regular cada 3 minutos. Pasa a la consulta de la matrona de observación donde se realiza anamnesis completa. Embarazo de bajo riesgo en control por su matrona del centro de salud. Se procede a realizar tacto vaginal para comprobar dilatación cervical y se observa dilatación completa con presentación en I plano, bolsa íntegra. Se procede a realizar auscultación de la frecuencia cardíaca fetal (FCF) previo a su paso al área de partos resultando dificultosa, se avisa a equipo de ginecología que decide realización de ecografía obstétrica no detectándose latido cardíaco fetal.

Se informa a la gestante y pareja de lo ocurrido, no pueden creerlo. Se indaga sobre movimientos fetales percibidos durante las últimas horas, la gestante refiere "la he notado todo el tiempo pero sí que es cierto que llevo varios días notando que se mueve de forma diferente, no había consultado sobre ello porque pensaba que era normal". Hacía un par de días había acudido a control de embarazo con su matrona de primaria y la consulta procedió de forma normal, no se identificó ningún hallazgo de interés clínico, la FCF era positiva mediante sonicaid (140-160 latidos por minuto), según se registró en su documento de embarazada.

La gestante y su pareja piden explicaciones, se muestran en estado de shock, no entienden cómo ha podido ocurrir. Ella repite de forma insistente que la ha estado sintiendo todo el tiempo, se siente culpable por no haber sido capaz de detectar que algo iba mal. Se intenta tranquilizar a ambos mientras se trata de disipar ese sentimiento de culpabilidad que invade a la gestante. Se procede a explicar el procedimiento que se va a seguir y se gestiona su paso a paritorio. La matrona los acompaña durante todo el proceso y se encarga de estar con ellos en estos duros momentos.

Datos a considerar para la valoración de la gestante:

- Embarazo normoevolutivo, bajo riesgo, acorde a edad gestacional.
 - Antecedentes obstétricos: 3 gestaciones, 1 aborto, 1 parto (G3A1P1).
 - 2017: Aborto espontáneo en semana 7.
 - 2019: Parto eutócico (mujer, 3000gr). Hemorragia postparto solucionada mediante methergin y amchafibrin.
- Serología negativa, rubéola inmune, grupo y Rh O positivo. Niveles de hemoglobina límite a partir del segundo trimestre.

- Signos vitales: Tensión arterial (TA): 125/86 mmHg; Frecuencia cardíaca (FC): 90 latidos por minuto; Temperatura 36,7 °C.
- Antecedentes personales: alérgica al marisco, polen y olivo. Intervenido quirúrgicamente de apendicitis en 2013.
- Antecedentes familiares: padre infarto de miocardio en 2017.
- Tratamiento farmacológico actual: dosis diaria de hie-ro 80 mg y natalben supra 1 cápsula/día.
- Datos de interés: sensación de culpabilidad por parte de la gestante y su pareja. Creen que podrían haber hecho algo para evitar esta situación.

Resultados

Tras el acompañamiento realizado por la matrona durante la estancia de la gestante en el servicio de maternidad, se observa una mejora en el estado anímico de la gestante, disminuyendo la ansiedad y la inquietud, pudiendo expresar sus sentimientos y disminuyendo su temor.

Todo ello se ve reflejado en una diferencia en la puntuación de la escala de Likert, mejorando todos los indicadores del plan de cuidados de 2 a 5 puntos.

Diagnóstico de independencia			
00172 Riesgo de duelo complicado r/c dificultad de aceptación de pérdida gestacional			
RESULTADO NOC			INTERVENCIÓN NIC
1302 - Afrontamiento de problemas Escala desde "Nunca demostrado (1)" a "Siempre demostrado (5)"			5294 – Facilitar el duelo: muerte perinatal
Indicador	Valor inicial	Valor final	Actividades
130203 Verbaliza sensación de control	2	5	Describir los recuerdos que se obtendrán, incluyendo huellas de los pies, huellas de las manos, fotos, gorrito, batas, mantas, pañales y manguitos de presión arterial, según corresponda. Animar a los familiares a ver y coger al bebé cuanto deseen. Animar a la familia para que esté un tiempo a solas con el bebé, según se desee. Elaborar recuerdos y presentarlos a la familia antes del alta, según corresponda. Comentar las características del duelo normal y patológico, incluidos los factores desencadenantes que precipitan sentimientos de tristeza.
130210 Adopta conductas para reducir el estrés	2	5	
130217 Refiere disminución de los sentimientos negativos	2	5	
1210 - Nivel de miedo			
Indicador	Valor inicial	Valor final	
121005 Inquietud	2	5	
120131 Temor verbalizado	2	5	
121032 Lloros	2	5	
Diagnóstico de independencia			
00146 – Ansiedad r/c crisis situacional m/p angustia y nerviosismo			
RESULTADO NOC			INTERVENCIÓN NIC
NOC: 1204 - Equilibrio emocional Escala desde "Nunca demostrado (1)" a "Siempre demostrado (5)"			5820 – Disminución de la ansiedad
Indicador	Valor inicial	Valor final	Explicar todos los procedimientos, incluidas las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento Permanecer con el paciente para promover seguridad y reducir el miedo Escuchar con atención Crear un ambiente que facilite la confianza Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos
120403 Muestra control de impulsos	2	5	5270 – Apoyo emocional Animar al paciente a que exprese sentimientos de ansiedad, ira y tristeza Comentar las consecuencias de no abordar los sentimientos de culpa o vergüenza Proporcionar apoyo durante la negación, ira, negociación y aceptación de las fases del duelo
120405 Muestra concentración	2	4	
120406 Conversa a ritmo moderado	2	5	

Tabla 1. Diagnóstico con los correspondientes NANDA¹¹, NOC¹², NIC¹³ y actividades realizadas.

Discusión

Tras la actuación de la matrona y la mejora en los indicadores de los objetivos planteados, se pone de manifiesto la importancia de la enfermera especialista en obstetricia y ginecología para garantizar la salud no solo física, sino también psicológica y emocional de la gestante durante el proceso de pérdida y duelo perinatal.

La matrona es la figura de referencia a lo largo de todo el proceso de embarazo, parto y puerperio lo que la lleva a convertirse en el profesional idóneo para ofrecer una atención continuada a nivel de asistencia especializada o de atención primaria en lo que respecta a la pérdida perinatal.

Las intervenciones que se plantean están basadas en la creación de recuerdos con el objetivo de permitir a la pareja otorgarle una identidad al recién nacido fallecido y así tratar de facilitar el proceso de duelo. No obstante, aún se desconoce si este tipo de intervenciones tiene un efecto sobre los resultados psicosociales de la pareja a largo plazo. Por este motivo, se debe seguir investigando en esta línea¹⁰.

Discussion

After the performance of the midwife and the improvement in the indicators of the objectives set, the importance of the nurse specialist in obstetrics and gynecology to guarantee the health not only physical, but also psychological and emotional of the pregnant woman during the process of losing and perinatal grief.

The midwife is the reference figure throughout the entire process of pregnancy, childbirth and the puerperium, which leads her to become the ideal professional to offer continuous care at the level of specialized care or primary care with regard to the perinatal loss.

The interventions that are proposed are based on the creation of memories with the aim of allowing the couple to grant an identity to the deceased newborn and thus try to facilitate the grieving process. However, it is still unknown whether this type of intervention has an effect on the long-term psychosocial outcomes of the couple. For this reason, further research should be done along this line.

Conclusiones

La muerte perinatal requiere una adecuada asistencia sanitaria durante el proceso de pérdida para que la pareja entienda la situación. La comprensión y el apoyo que brindan los profesionales que atienden a parejas que han experimentado una muerte fetal pueden mejorar la evolución del duelo y así prevenir la aparición de problemas psicosociales que se derivan del mismo, ya que se enfrentan a un acontecimiento traumático tanto para ellos como para su entorno familiar.

En este ámbito existe una falta de formación y preparación por parte de los profesionales sanitarios ya sean matronas, obstetras y pediatras, lo que convierte esta situación en un afrontamiento todavía más difícil. Resultaría útil, por tanto, elaborar e implementar protocolos de acompañamiento del duelo perinatal que valoren las necesidades individualizadas de cada pareja durante su proceso y marque unas pautas a seguir por parte de los profesionales para proporcionar una atención de calidad en un momento tan delicado para la pareja y familia.

Igualmente, poner de manifiesto la necesidad de crear e incorporar un programa de seguimiento o acompañamiento a los profesionales que se han visto involucrados en una muerte perinatal con el objetivo de que puedan manifestar sus sentimientos, emociones y poder seguir mejorando en la atención a este tipo de duelo.

Conclusions

Perinatal death requires adequate healthcare during the loss process so that the couple understands the situation. The understanding and support provided by professionals who care for couples who have experienced fetal death can improve the evolution of grief and thus prevent the appearance of psychosocial problems that derive from it, since they face a traumatic event for both them as for your family environment.

In this area, there is a lack of training and preparation on the part of health professionals, whether they are midwives, obstetricians or pediatricians, which makes this situation even more difficult to cope with. It would be useful, therefore, to develop and implement protocols for the monitoring of perinatal grief that assess the individualized needs of each couple during their process and set guidelines to be followed by professionals to provide quality care at such a delicate time for the couple and family.

Likewise, highlight the need to create and incorporate a follow-up or accompaniment program for professionals who have been involved in a perinatal death with the aim that they can express their feelings, emotions and be able to continue improving care for this type mourning.

Declaración de transparencia

La autora principal (defensora del manuscrito) declara que el contenido de este trabajo es original y no ha sido publicado previamente ni está enviado ni sometido a consideración a cualquier otra publicación, en su totalidad o en alguna de sus partes.

Fuentes de financiación

Ninguna.

Conflicto de Intereses

No existen.

Publicación

El presente no ha sido presentado como comunicación oral-escrita en ningún congreso o evento científico.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Vista de Duelo por muerte perinatal, un duelo desautorizado = Bereavement for perinatal death, unauthorized bereavement* [Internet]. [cited 2021 Oct 3]. Available from: <https://e-revistas.uc3m.es/index.php/RECS/article/view/3454/2088>
2. *Que es mortalidad perinatal segun la OMS? – La-Respuesta.com* [Internet]. [cited 2021 Oct 3]. Available from: <https://la-respuesta.com/mas-popular/Que-es-mortalidad-perinatal-segun-la-OMS/>
3. *Cada 16 segundos ocurre una muerte perinatal en el mundo, según Naciones Unidas* [Internet]. [cited 2021 Oct 3]. Available from: <https://www.agenciasinc.es/Noticias/Cada-16-segundos-ocurre-una-muerte-perinatal-en-el-mundo-segun-Naciones-Unidas>
4. *Estadísticas sobre causas de muerte - Statistics Explained* [Internet]. [cited 2021 Apr 7]. Available from: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Causes_of_death_statistics/es

5. Burden C, Bradley S, Storey C, Ellis A, Heazell AEP, Downe S, et al. *From grief, guilt pain and stigma to hope and pride – a systematic review and meta-analysis of mixed-method research of the psychosocial impact of stillbirth*. BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. 2016 Jan 19 [cited 2021 Oct 3];16(1). Available from: [/pmc/articles/PMC4719709/](https://pmc/articles/PMC4719709/)
6. 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]. 2019 Dec 19 [cited 2021 Oct 3];19(1). Available from: [/pmc/articles/PMC6923983/](https://pmc/articles/PMC6923983/)
7. Gravensteen IK, Jacobsen E-M, Sandset PM, Helgadottir LB, Rådestad I, Sandvik L, et al. *Anxiety, depression and relationship satisfaction in the pregnancy following stillbirth and after the birth of a live-born baby: a prospective study*. BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. 2018 Jan 24 [cited 2021 Oct 3];18(1). Available from: [/pmc/articles/PMC5781321/](https://pmc/articles/PMC5781321/)
8. Huberty J, Leiferman JA, Gold KJ, Rowedder L, Cacciatore J, McClain DB. *Physical activity and depressive symptoms after stillbirth: informing future interventions*. BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. 2014 Nov 29 [cited 2021 Oct 3];14(1):1–8. Available from: [/pmc/articles/PMC4254184/](https://pmc/articles/PMC4254184/)
9. BOE. *Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Oficial*. Boletín Of del Estado. 1999;(298, de 14 diciembre):43088–99.
10. González-Castroagudín S, Suárez-López I, Polanco-Teijo F, Ledo-Marra MJ, Rodríguez-Vidal E. *Papel de la matrona en el manejo del duelo perinatal y neonatal*. Cad Aten Primaria [Internet]. 2013 [Consultado 2 oct 2021] ; 19: 113-117. Disponible en: https://www.agamfec.com/pdf/CADERNOS/VOL19/vol_2/ParaSaberDe_vol19_n2_2.pdf
11. Herdman TH, Kamitsuru S, editores. NANDA International. *Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación*. 11ª ed. Madrid: Elsevier; 2018-2020.
12. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E, editores. *Clasificación de resultados de enfermería (NOC)*. 6ª ed. Madrid: Elsevier; 2018.
13. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey-Dochterman J, Wagner CM, editores. *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)*. 7ª ed. Madrid: Elsevier; 2018

En julio 2022, PRÓXIMO NÚMERO
Revista Científico-Sanitaria SANUM
¡Anímate a publicar!