



Instituto Guatemalteco de
Seguridad Social

Guía de Práctica Clínica Basada en la Evidencia

Manejo integral al duelo gestacional y perinatal

Elaborado por
Grupo de Especialistas en
Ginecología, Obstetricia y Psicología

No. 182



**Guía de Práctica Clínica Basada en la Evidencia
(GPC-BE) No. 182**

Manejo integral al duelo gestacional y perinatal

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
Subgerencia de Prestaciones en Salud
Comisión de Guías de Práctica Clínica Basadas en la
Evidencia

Este documento debe citarse como:

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS)
Subgerencia de Prestaciones en Salud
Comisión de Guías de Práctica Clínica Basadas en la Evidencia
(GPC-BE)

GPC-BE No. 182 Manejo integral al duelo gestacional y perinatal

Edición 2025; págs. 84

IGSS, Guatemala.

Elaboración aprobada por:

Subgerencia de Prestaciones en Salud-IGSS

Oficio No. 5127 del 04 de Abril de 2025

Revisión, diseño y diagramación:

Comisión de Guías de Práctica Clínica Basadas en la Evidencia;

Subgerencia de Prestaciones en Salud.

IGSS-Guatemala

ISBN: 978-99939-56-01-3

© Derechos Reservados-IGSS-2025

Se autoriza la reproducción parcial o total de este documento por cualquier medio, siempre que su propósito sea para fines docentes y sin finalidad de lucro a todas las instituciones del sector salud, públicas o privadas.



MSc. Edson Javier Rivera Méndez
Gerente

Doctor Francisco Javier Gódinez Jerez
Subgerente de Prestaciones en Salud

Grupo de desarrollo

**Lcda. Andrea Nohemí González
Fajardo**

Psicóloga B
Hospital de Gineco Obstetricia

Dr. José Rodrigo Sandoval Estrada

Residente 3
Hospital de Gineco Obstetricia

**Dr. Christopher Alejandro Horjales
Ruiz**

EPSM Ginecología y Obstetricia
Hospital de Gineco Obstetricia

Comisión de Guías de Práctica Clínica Basadas en Evidencia

Dr. Rudy Manuel López y López

Jefe de Departamento Administrativo
Departamento de Medicina Preventiva

Dr. Edgar Campos Reyes

Departamento de Medicina Preventiva
Subgerencia de Prestaciones en Salud

Dra. Erika López Castañeda

Departamento de Medicina Preventiva
Subgerencia de Prestaciones en Salud

Dra. Ana Cristina Arévalo Díaz

Departamento de Medicina Preventiva
Subgerencia de Prestaciones en Salud

Declaración de conflicto de interés

Se declara que ninguno de los participantes en el desarrollo de esta guía tiene intereses particulares, es decir, económicos, políticos, filosóficos o religiosos que influyan en los conceptos vertidos en la misma.

Prólogo

¿En qué consiste la medicina basada en evidencia?

Puede resumirse como la integración de la experiencia clínica individual de los profesionales de la salud con la mejor evidencia proveniente de la investigación científica, una vez asegurada la revisión crítica y exhaustiva de esta. La práctica clínica sin la aplicación adecuada de la experiencia clínica individual carecería de la flexibilidad necesaria para adaptarse a las necesidades específicas de los pacientes, y se convertiría en un enfoque rígido y poco efectivo. La falta de actualización constante en la investigación científica comprometería la vigencia y efectividad de la práctica clínica. En esencia, pretende aportar más ciencia al arte de la medicina y su objetivo consiste en contar con la mejor información científica disponible —**la evidencia**—, para aplicarla a la práctica clínica.

Por lo tanto, se puede afirmar que las **Guías de Práctica Clínica Basadas en Evidencia** son documentos donde se plasman las evidencias para ponerlas al alcance de todos los usuarios incluyendo médicos, paramédicos, pacientes y público en general.

Los grados de recomendación son criterios que surgen de la experiencia de expertos en conjunto con el **nivel de evidencia** y determinan la calidad de una intervención y el beneficio neto en las condiciones locales (Tabla 1).

El nivel de evidencia clínica es un sistema jerarquizado que valora la fortaleza o solidez de la evidencia asociada con resultados obtenidos de una intervención en salud. Se aplica a las pruebas o estudios de investigación, como puede verse en la tabla publicada por la Universidad de Oxford (Tabla 2).

Tabla 1. Significado de los grados de recomendación

Grado de recomendación	Significado
A	Extremadamente recomendable.
B	Recomendable favorable.
C	Recomendación favorable, pero no concluyente.
D	Corresponde a consenso de expertos, sin evidencia adecuada de investigación.
√	Indica un consejo de buena práctica clínica sobre el cual el grupo de desarrollo acuerda.

Nota. Adaptado de Mella Sousa, M., Zamora Navas, P., Mella Laborde, M., Ballester Alfaro, J., & Uceda Carrascosa, P. (2012). Niveles de evidencia clínica y grados de recomendación. Revista de la sociedad Andaluz de Traumatología y Ortopedia, 20(1/2), 59- 72. Obtenido de https://www.repositoriosalud.es/bitstream/10668/1568/6/Mella_Niveles.pdf

Tabla 2. Niveles de evidencia*

Grado de recomendación	Nivel de evidencia	Fuente
A	1a	Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorios.
	1b	Ensayo clínico aleatorio individual.
	1c	Eficacia demostrada por los estudios de práctica clínica y no por la experimentación (all or none**)
B	2a	Revisión sistemática de estudios de cohortes.
	2b	Estudio de cohorte individual y ensayos clínicos aleatorios de baja calidad.
	2c	Investigación de resultados en salud, estudios ecológicos.
	3a	Revisión sistémica de estudios caso-control, con homogeneidad.
	3b	Estudios de caso control individuales.
C	4	Series de casos, estudios de cohortes y caso-control de baja calidad.
D	5	Opinión de expertos sin valoración crítica explícita.

Nota. Adaptado de Mella Sousa, M., Zamora Navas, P., Mella Laborde, M., Ballester Alfaro, J., & Uceda Carrascosa, P. (2012). Niveles de evidencia clínica y grados de recomendación. Revista de la sociedad Andaluz de Traumatología y Ortopedia, 20(1/2), 59- 72. Obtenido de https://www.repositoriosalud.es/bitstream/10668/1568/6/Mella_Niveles.pdf

* Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford.

**All or none (todos o ninguno): se cumple cuando todos los pacientes mueren antes de que el medicamento esté disponible, pero algunos ahora sobreviven; o cuando algunos pacientes mueren antes de que el medicamento esté disponible, pero ahora ninguno muere con el medicamento.

En las Guías de Práctica Clínica publicadas por el IGSS, el lector encontrará, al margen izquierdo de los contenidos, el nivel de evidencia (1a hasta 5, en números y letras minúsculas) de los resultados de los estudios que sustentan el grado de recomendación de buena práctica clínica, que se anota en el lado derecho del texto (letras A, B, C, D y √, siempre en letras mayúsculas con base en la tabla del Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford) sobre los aspectos evaluados. Las guías desarrollan cada temática seleccionada, con el contenido de las mejores evidencias documentadas luego de revisiones sistemáticas exhaustivas en lo que concierne a estudios sanitarios, de diagnósticos y terapéuticos farmacológicos y otras.

Las Guías de Práctica Clínica no pretenden describir un protocolo de atención donde todos los puntos deban estar incorporados sino mostrar un ideal para referencia y flexibilidad, establecido de acuerdo con la mejor evidencia existente.

Las Guías de Práctica Clínica Basada en evidencia que se revisaron para la elaboración de esta guía, fueron analizadas mediante el instrumento AGREE (por las siglas en inglés de Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation for Europe). Este evalúa tanto la calidad de la información aportada en el documento como la idoneidad de algunos aspectos de las recomendaciones, lo que permite ofrecer una valoración de los criterios de validez aceptados en lo que hoy es conocido como **“los elementos esenciales de las buenas guías”**. Estos incluyen la credibilidad, aplicabilidad clínica, flexibilidad clínica, claridad, multidisciplinariedad del proceso, actualización programada y documentación.

En el IGSS, el programa de elaboración de Guías de Práctica Clínica es creado con el propósito de ser una herramienta de ayuda en el momento de tomar decisiones clínicas. En una Guía de Práctica Clínica (GPC) no existen respuestas para todas las cuestiones que se plantean en la práctica diaria. La decisión final acerca de un particular

procedimiento clínico, diagnóstico o de tratamiento, dependerá de cada paciente en concreto y de las circunstancias y valores que estén en juego. De ahí la importancia del propio juicio clínico.

Este programa también pretende disminuir la variabilidad de la práctica clínica y ofrecer, tanto a los profesionales de los equipos de atención primaria como a los del nivel especializado, un referente en su práctica clínica con el cual puedan compararse.

Para el desarrollo de cada tema se ha contado con el esfuerzo de los profesionales —especialistas y médicos residentes— que a diario realizan una labor tesonera en las diversas unidades de atención médica de esta institución, bajo la coordinación de la Comisión de Guías de Práctica Clínica (GPC-BE) que pertenece a los proyectos educativos de la Subgerencia de Prestaciones en Salud, con el invaluable apoyo de las autoridades del Instituto.

La inversión de tiempo y recursos es considerable, pues involucra muchas horas de investigación y de trabajo, con el fin de plasmar con sencillez y claridad los diversos conceptos, evidencias y recomendaciones que se dejan disponibles en cada uno de los ejemplares publicados.

Este esfuerzo demuestra la filosofía de servicio de esta institución, que se fortalece al poner al alcance de los lectores un producto elaborado con esmero y alta calidad científica, aplicable, práctica y de fácil revisión.

Las GPC-BE aportan información valiosa y actualizada, pero no son determinantes para la incorporación de medicamento, tratamientos o procedimientos innovadores. La solicitud de inclusión, modificación o exclusión de medicamentos al Listado Básico de Medicamentos del Instituto debe realizarse de acuerdo con la normativa institucional vigente.

El IGSS tiene el privilegio de poner al alcance de sus profesionales, personal paramédico y de todos los servicios de apoyo, esta guía con el propósito de colaborar en los procesos de atención a nuestros pacientes, en la formación académica de nuevas generaciones y de contribuir a la investigación científica y docente que se desarrolla en el diario vivir de esta institución.

Comisión de Guías de Práctica Clínica, IGSS, Guatemala, 2025

Abreviaturas

AB	Aborto
FTE	Falla temprana del embarazo
AAB	Amenaza de aborto
MF	Muerte fetal
MP	Mortalidad perinatal
DU	Duelo
DP	Depresión perinatal
EDM	Episodio depresivo mayor
TEPT	Trastorno de estrés post traumático
TA	Trastorno de ansiedad

Índice

Introducción	01
Objetivos	03
Metodología	05
Contenido	07
Anexos	49
Referencias bibliográficas	57

01

Introducción

La muerte de un hijo o hija durante el embarazo y el diagnóstico de una enfermedad congénita en la vida intrauterina son experiencias dolorosas. Esta pérdida puede desencadenar reacciones de duelo en los padres y situaciones de difícil manejo para los profesionales hospitalarios. Son duelos que reciben escasa consideración y que pueden complicarse, dando lugar a trastornos psiquiátricos cuando no se da el manejo oportuno y respetuoso. El acompañamiento integral que se puede brindar ante el duelo perinatal es una forma de prestar atención humana a las familias que pasan por esta situación. La información, formación y supervisión son las claves para garantizar una asistencia de calidad hospitalaria, ya que los servicios de salud deben implementar programas de formación continua para contar así con una atención integral a las familias en duelo.

La muerte perinatal es también una de las experiencias más complejas para los profesionales involucrados en la obstetricia, por su impacto humano y responsabilidad personal y, ocasionalmente, por sus implicaciones legales.

Los profesionales de la obstetricia, de enfermería, de trabajo social, psicología, psiquiatría y demás profesionales rara vez reciben información acerca del manejo integral al duelo perinatal. El choque emocional que se produce cuando se recibe una noticia tan impactante implica que sea difícil procesar la información de los equipos de profesionales. El manejo integral al duelo perinatal es una forma de prestar asistencia hospitalaria centrada en las familias que pasan por esta situación.

Esta guía, de forma multidisciplinaria y constructiva, pretende brindar la información necesaria que sirva a los y las profesionales en contacto con madres, padres y familias en duelo. Ha sido elaborada por un equipo de profesionales de los diferentes ámbitos relacionados con la maternidad, y la salud mental: personal de Psicología, Ginecología-Obstetricia.

02

Objetivos

General

Aportar información para el abordaje y manejo integral del duelo gestacional y perinatal al personal de salud y profesionales que atienden el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Específicos

- Describir distintas herramientas para el manejo psicológico del duelo gestacional y perinatal de forma integral.
- Identificar técnicas de acompañamiento a la madre en el duelo gestacional y perinatal.
- Explicar la atención adecuada a las madres que experimentan una muerte gestacional o perinatal.
- Realizar acciones educativas culturalmente apropiadas sobre salud sexual y reproductiva que favorezcan la toma de decisiones libre, voluntaria e informada.
- Describir el manejo de la lactancia materna en el proceso de duelo perinatal.
- Contribuir a la salud sexual y reproductiva de las pacientes, por medio de la promoción y oferta de métodos anticonceptivos temporales y definitivos, previo al egreso hospitalario, para prevenir los embarazos no deseados

03 Metodología

Definición de preguntas

General

- ¿Cuál es la definición de duelo?
- ¿Qué es el duelo gestacional y perinatal?
- ¿Cuál es la epidemiología de la muerte fetal y perinatal en Guatemala?
- ¿Qué enfoque psicológico se debe brindar durante la etapa gestacional?
- ¿Cómo se hace el diagnóstico de aborto o falla temprana del embarazo?
- ¿Cómo dar la noticia de muerte fetal/neonatal a la madre?
- ¿Qué aspectos psico emocionales son importantes a considerar tratar al momento de la muerte gestacional, y perinatal?
- ¿Cuál es el seguimiento posparto, y herramientas que benefician el proceso del duelo gestacional y perinatal?

Criterios de inclusión de los estudios

- Estudios con base científica confiable, en idioma español e inglés, con fechas de publicación de 2000-2024.
- Estudios retrospectivos, analíticos, revisión sistemática de la literatura, artículos de revisión y consenso de expertos.

Criterios de exclusión de los estudios

- Artículos y publicaciones que impliquen algún costo.

Estrategia de búsqueda: consultas electrónicas a las siguientes referencias: Google académico, www.pubmed.com, www.bjm.com, www.cochrane.org, www.clinicalevidence.com, www.hinary.org

Otras fuentes bibliográficas: revistas internacionales, libros de texto, Guías de Práctica Clínica, Umamanita, Organización Mundial de la Salud, libros de duelo perinatal (Pillar Gómez Ulla/Patricia Fernández Lorenzo), Psicología perinatal Teoría y práctica (maría de la Fe Rodríguez Muñoz), Psicología del Embarazo (Ibone Olza), Ministerio de Salud de Chile, entre otras.

Palabras clave: aborto, falla temprana del embarazo, mortinato, duelo, duelo patológico, duelo perinatal, muerte fetal, trastorno de ansiedad, episodio depresivo mayor.

Población diana: Personas afiliados, beneficiarias y derechohabientes que asisten a las unidades médicas del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

Usuarios de la guía: personal de salud multidisciplinario de las diferentes unidades médicas del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social en donde se atienden pacientes afiliadas y beneficiarias post aborto, entre ellos:

- Médicos
- Personal de enfermería
- Especialistas en Psicología
- Trabajadores Sociales
- Educadores en Salud
- Personal administrativo

Fecha de revisión y año de publicación de esta guía

Revisión 2024

Publicación 2026

04

Contenido

Datos epidemiológicos

En Guatemala, la tasa de mortalidad perinatal es de 31 por mil partos, de la cual los mortinatos constituyen el 60% de esta cifra. La tasa de mortalidad neonatal temprana (12/1000 durante el periodo de 0 a 7 días) representa el 71% de la mortalidad neonatal (17/1000), lo que refleja la importante contribución de la mortalidad neonatal temprana a la mortalidad infantil. (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2017)

La mayoría de las muertes fetales y neonatales registradas en el país ocurren en la población rural con escasos recursos económicos, menor nivel de educación, sin ningún control prenatal, con nacimientos en casa y con un peso al nacer menor de 5.5 lb (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2017)

La mortalidad perinatal es un indicador importante que estima directamente la calidad de los servicios de salud tanto prenatal como intraparto y neonatal; por ende, es de gran utilidad para evaluar el acceso a los servicios de salud materno infantil. (Sociedad Colombiana de Pediatría, 2022)

También refleja la salud materna, la condición de la nutrición y el entorno en que vive la madre. El aumento de la tasa de mortalidad perinatal se traduce en un deterioro de la calidad y acceso a los servicios de salud. (Sociedad Colombiana de Pediatría, 2022)

Con estos datos se evidencia el alto impacto de la muerte perinatal en el país; además, se refuerza la importancia de ejecución de medidas pertinentes y puntuales para la reducción de la misma.

Antecedentes

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la clasificación internacional de enfermedades (CIE-10), se denomina muerte perinatal a toda aquella que se produce desde la semana 22 de gestación y la primera semana de vida después del nacimiento.

El duelo perinatal comprende un período mucho más amplio, puesto que abarca y valora la muerte desde el primer trimestre de gestación hasta el primer año de vida e incluso hasta los 18 meses, según algunos autores.

Si bien el duelo perinatal comparte características comunes con otros duelos, tiene matices que lo hacen único: es invisibilizado, silenciado, desautorizado, se subestima la magnitud y secuelas, lo cual genera que los padres se enfrenten a falta de empatía e incompreensión. Se da de manera inesperada, pues no forma parte del ciclo vital como lo tenemos integrado, en el que los hijos son quienes entierran a sus padres y no al revés; de alguna manera se pierde el control.

Representa una balanza entre el nacimiento y la muerte, contempla una relación que, pese a ser real, es vista como más simbólica, construida con base en las necesidades y deseos de los padres. Genera culpa y deja el cuerpo de una madre en puerperio, sin su bebé para vivir la experiencia. De alguna forma pierde una parte de sí misma porque aquel hijo/a ya formaba parte de su cuerpo y de su mente, deja un vacío (Gómez-Ulla, 2023) (Gómez-Ulla & Contreras García, 2021) (López García de Madinabeitia, 2011) (Ministerio de Salud Chile, 2015) (Ramírez & Labatut, 2023).

Estudios revelan un alto riesgo de duelo patológico en la madre tras la muerte de un bebé en etapa perinatal, entre un 20 a 40%, principalmente trastornos de ansiedad, depresión y estrés postraumático. Esto no solo afectará a la madre, también repercute en todo el grupo familiar, futuras gestaciones e incluso puede llegar a ser transgeneracional.

A

1c

Mientras, en los padres se pueden observar conductas de adicción, alejamiento del hogar e infidelidad, lo que conlleva a conflictos con la pareja y separaciones (Ministerio de Salud de Chile, 2015).

A

Los factores de riesgo para un duelo patológico son: no realizar ritos de despedida, uso de sedación durante la hospitalización, no tener contacto físico con el bebé muerto, no tener causa de muerte, antecedentes psiquiátricos de base previos, conductas evitativas de la familia, haber sido víctima de complicaciones obstétricas y tiempo muy breve entre la pérdida y el nuevo embarazo (primeros cinco meses) (Ministerio de Salud de Chile, 2015).

1a

Estudios americanos concluyen que un 25% de las mujeres estadounidenses sufrirán por lo menos una pérdida fetal a lo largo de su vida (Diamond y Diamond, 2016). Esto indica unos 500,000 a 650,000 abortos cada año (Geller, Psaros y Kornfield, 2010).

La dificultad en las investigaciones para este campo es compleja, ya que la mayoría de estudios no cuentan con grupo control para realizar comparaciones, no emplean una terminología unificada y consistente en todas las investigaciones (Diamond y Diamond, 2016).

Únicamente el Instituto Nacional de Estadística informa de la tasa de mortalidad perinatal en España, e indica que en 2016, de cada 1,000 niños nacidos cuatro fallecieron en el útero. Estudios a nivel internacional afirman que entre el 10 y 20% de los embarazos acaba con una pérdida fetal. La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia determinó en 2010 que en un 19.7% de los casos la pérdida se produce antes de las 28 semanas de gestación. (Rodríguez Muñoz M, 2019)

A

Los profesionales de la salud deben saber reconocer el significado de la muerte, acompañar, empatizar, dar apoyo emocional e informar. Deben evitar centrarse únicamente en la práctica clínica desde que se comunica la noticia hasta el seguimiento de un posible embarazo posterior, y facilitar que el entorno sea un lugar tranquilo, privado e íntimo.

1a

Cuando comunicamos la muerte se debe procurar transmitir sensación de calma, sin que denote rapidez, y favorecer un ambiente de interés y respeto.

El lenguaje debe ser sencillo y preciso, evitar en lo posible el uso de terminología técnica médica, e intentar simplificar al máximo la comprensión del mensaje.

El personal de salud presenta miedos a la hora de comunicar malas noticias, como pueden ser:

- Miedo a causar dolor en el intento de no “dañar”. Es importante evitar una actitud pasiva de evitación.
- Miedo a sentirse culpable de la situación por parte de la paciente.
- Miedo a decir “no sé”, y no encontrar las palabras adecuadas.

Los aspectos psicoemocionales durante el proceso de pérdida serán diferentes en cada caso. Es importante no patologizar el duelo; es esperable que cada mujer sienta apatía, frustración, fobia, hostilidad, impaciencia, indignación, ira, impotencia, inquietud, irritación, indiferencia, insatisfacción, melancolía, miedo, entre otras.

Un espacio físico íntimo y privado a las madres, padres, parejas y familiares es imprescindible para procurar que el acto de despedida se desarrolle en las mejores condiciones y en el mejor lugar posible, ya que dicho ambiente puede ayudar a encajar los primeros momentos de su dura situación.

Un espacio de duelo debe cumplir dos funciones principales: el acompañamiento en la última fase de la vida y el apoyo durante el inicio del duelo. El espacio debe permitir una despedida íntima y tranquila, sin interferencias con el personal, sin prisas, en un ambiente que genere serenidad y calma.

Avances en Guatemala para la atención y dignificación ante la muerte gestacional y perinatal

En Guatemala existe una propuesta de ley, la cual no ha sido aprobada. Se trata de la iniciativa 6153, propuesta en 2022, en la cual se solicita el apoyo a la dignificación de la muerte gestacional. Actualmente, las autoridades de salud pública utilizan, para el caso de la muerte prenatal del bebé, criterios de peso para la entrega del cuerpo. Asimismo, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social entrega a familiares a bebés de más de 500 gramos. Si es menor de ese peso, no se entrega a la madre. Dicha propuesta de ley propone la entrega a la madre sin importar el peso o edad gestacional.

Definiciones

La OMS, en la 10ª revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE10) establece las siguientes tres etapas de la muerte fetal (MF):

- MF temprana: muerte en fetos de menos de 22 semanas de gestación o <500 gramos de peso (si no se conoce edad gestacional (EG)). Se hace así referencia a los “abortos”.
- MF intermedia: comprende los fetos que mueren entre 22-28 semanas de gestación o peso entre 500-999 gramos (si se desconoce EG)
- MF tardía: muertes fetales en ≥ 28 semanas de gestación a partir de los 1,000 gramos de peso si no se conoce la EG). (MSPAS, 2017)

Clasificación

- Periodo perinatal: se define como el periodo comprendido entre el comienzo a las 22 semanas completas (154 días) de gestación (el tiempo cuando el peso al nacer es normalmente de 500 g) y siete días completos después del nacimiento. (MSPAS 2017)
- Aborto espontáneo: es la expulsión o extracción del feto de menos de 500 gms de peso, correspondiente a 22 semanas de gestación, de

cualquier otro producto de gestación totalmente inviable. (Diamond y Diamonds, 2016)

- Falla temprana del embarazo: se produce antes de las 12 semanas de gestación, con base en distintos criterios ultrasonográficos (ver Tabla 1) que indican un embarazo intrauterino no viable. (NEJM 2013)
- Amenaza de aborto: el síntoma más común es el sangrado vaginal escaso o en moderada cantidad, casi siempre indoloro o acompañado de un leve dolor en la región hipogástrica. Al examen físico se evidencia cérvix con orificios cerrados, un tamaño uterino adecuado para la edad gestacional y la actividad cardíaca es detectable por ecografía (María J. Tinedo 2016)

Duelo

Worden define el duelo normal como el proceso de adaptación que atraviesa una persona que ha sufrido algún tipo de pérdida. El curso es natural y no patológico, abarca sentimientos y conductas. (Worden 2013)

Presenta diversas manifestaciones: físicas, emocionales, conductuales, psicológicas y espirituales; la forma en que estas se expresan dependen de la cultura a la cual se pertenece (Gomez-Ulla, 2023), (Vargas Solano, 2003).

Depresión perinatal (PD)

Esta encierra los cambios en el estado de ánimo (tristeza, llantos, etc.) durante el periodo que transcurre entre cualquier momento del embarazo y el puerperio. Se considera la complicación más común durante la etapa (Gavin et al., 2005)

Episodio depresivo mayor

Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi todos los días (DSM - V)

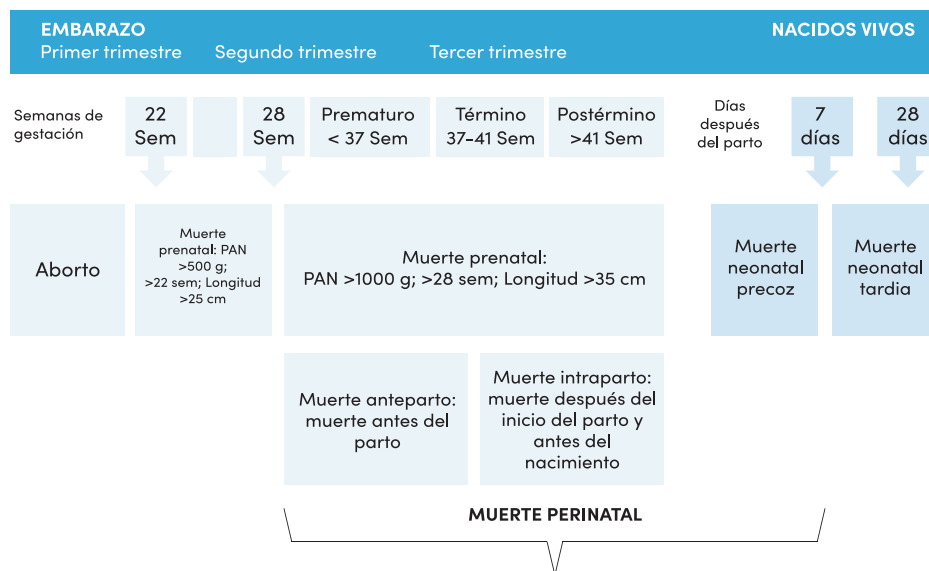
Trastorno de estrés post traumático (TEPT)

Es una condición mental que puede ocurrir en personas que experimentaron un evento traumático, un hecho aterrador, impactante o peligroso como amenazas de muerte, lesiones o violencia sexual.

Trastorno de ansiedad

Se puede experimentar ante miedo o una preocupación excesiva por cualquier situación que genera angustia o una situación social; en el caso del trastorno de ansiedad generalizada, ante una amplia gama de situaciones cotidianas. Por lo general, padecen estos síntomas durante un período prolongado, al menos varios meses, y tienden a evitar las situaciones que les generan ansiedad. (DSM - V)

Algoritmo 1. Periodo de pérdida gestacional y perinatal durante el embarazo



Adaptado de: Hospital Clinic; Hospital Sant Joan de Deu. Manejo de la pérdida gestacional precoz. Centre de Medicina Fetal, Neonatal Barcelona.

Diagnóstico

Falla temprana del embarazo

1c

El diagnóstico de falla temprana del embarazo debe hacerse de forma pertinente y con precisión al confirmar que se cumplan los criterios diagnósticos, para evitar la interrupción de un embarazo en curso.

A

Tabla 1. Criterios sugestivos y criterios diagnósticos de pérdida gestacional precoz

CRITERIOS SUGESTIVOS Y CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE PÉRDIDA GESTACIONAL PRECOZ
• CRL < 7mm sin actividad cardíaca • Diámetro del saco gestacional entre 16 y 25 mm sin embrión • Ausencia de embrión con actividad cardíaca entre 7 y 13 días después de una segunda ecografía con saco gestacional sin vesícula vitelina. • Ausencia de embrión con actividad cardíaca entre 7 y 10 días después de una segunda ecografía con saco gestacional sin vesícula vitelina. • Ausencia de embrión 6 semanas después de la fecha de última regla. • Amnios vacío (amnios visualizado adyacente de vesícula vitelina, sin embrión visible) • Vesícula vitelina elongada (>7mm) • Saco gestacional pequeño en comparación con la medida del embrión (5 mm de diferencia entre diámetro del saco gestacional y el CRL) • Frecuencia cardíaca inferior a 100 latidos por minuto • Presencia de hematoma subcorial masivo
CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE PÉRDIDA GESTACIONAL PRECOZ MEDIANTE ULTRASONIDO TRANSVAGINAL
Si se cumple alguno de los siguientes criterios: • CRL $\geq$ 7mm sin actividad cardíaca. • Ausencia de embrión con actividad cardíaca $\geq$ 2 semanas después de un saco gestacional sin vesícula vitelina. • Ausencia de embrión con actividad cardíaca > 11 días después de una ecografía gestacional y vesícula vitelina • Diámetro medio del saco gestacional $\geq$ 25 mm sin embrión ni vesícula vitelina en su interior (diámetro mediano entre los dos diámetros que se miden cuando se obtiene la imagen con el máximo tamaño del saco gestacional).

Adaptado de: Hospital Clinic; Hospital Sant Joan de Deu. Manejo de la pérdida gestacional precoz. Centre de Medicina Fetal, Neonatal Barcelona.

Muerte fetal

Los datos clínicos relevantes en el diagnóstico de muerte fetal son:

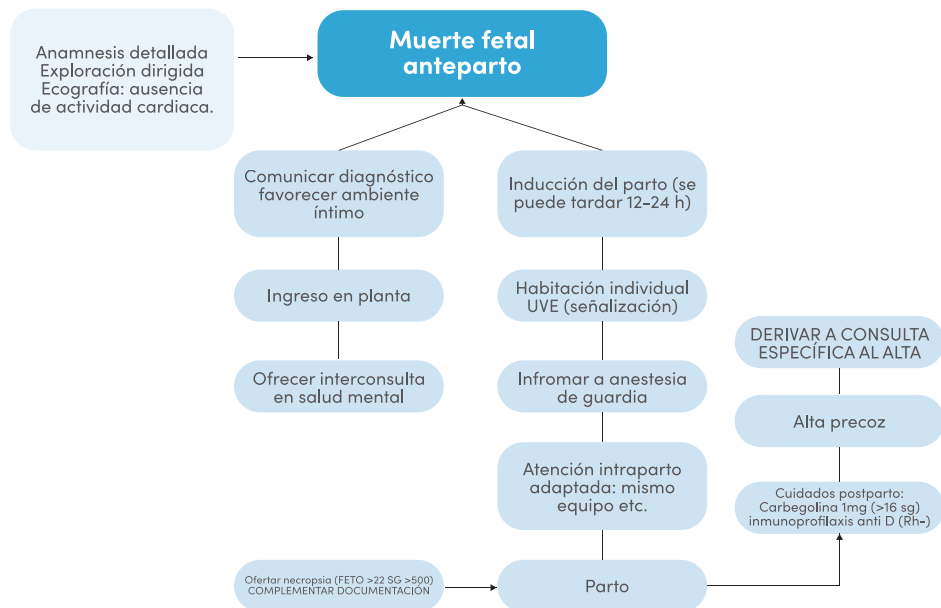
- Ausencia de movimientos fetales.
- Ausencia de crecimiento uterino.
- Ausencia de frecuencia cardíaca fetal.

La evaluación de una muerte fetal debe incluir la autopsia fetal; examen macroscópico e histológico de la placenta, el cordón umbilical y las membranas; y evaluación genética (Instituto Mexicano de Seguridad Social, 2010)

Análisis de laboratorio

Además de los exámenes de laboratorio rutinarios en el área de consulta, ante la sospecha de aborto, se considera conveniente usar la determinación de hormona gonadotropina coriónica humana fracción β , la cual deberá duplicarse cada 48 a 72 hrs. Por diagnóstico de exclusión, cuando esta hormona no se duplica, se está ante un pronóstico desfavorable para el producto. (Hospital Universitario Virgen del Rocío, 2024)

Algoritmo 2. Circuito en casos de diagnóstico de una pérdida gestacional de primer trimestre



Adaptado de Perez L. Castillo I. Muerte Fetal Antepart. Segundo y Tercer Trimestre, Urgencias y Obstetricia. Junta de Andalucía, Manuales Clinicos. 2019

Dar la noticia de la muerte a la madre

Como profesionales de la salud es de suma importancia dar noticias que ayuden a las madres a elaborar un duelo sano:

Momento previo a la muerte: comunicación de malas noticias

- Lugar adecuado, poco transitado para dar la noticia del fallecimiento o pérdida.
- Presentación de profesional con nombre, cargo y por qué razón estará con la madre
- Utilizar un lenguaje adecuado que transmita continuidad en los cuidados “manejo compasivo” y “cuidados paliativos”.
- Utilizar palabras claras y definidas como “muerte”, “fallecimiento”, “morir”.
- Buscar un lugar seguro y tranquilo para los padres y/o familia. Puede ser la oficina médica o si el tiempo lo permite, la sala de reuniones de maternidad.
- Evitar barreras físicas entre los padres y usted, como un escritorio o mampara.
- Sentarse junto a la madre o padres a la misma altura, en una postura receptiva. Evite los brazos cruzados.
- Disponer del tiempo necesario para la reunión, sin prisas.
- Proveer oportunidad para preguntas y contención emocional.

Momento de la muerte y posterior, y generación de recuerdos

El equipo de salud a cargo de médicos puede abrir espacios para preguntas, apreciaciones y/o expresión emocional luego de la entrega de la información.

- Ofrecer un vaso de agua, pañuelos o lo que la madre o familia pueda requerir en ese momento.
- Aclarar el rol de los profesionales de la unidad.
- Si el bebé es mayor a 500 gramos, preparar y explicar a la madre sobre cómo será el proceso de muerte, qué ocurrirá, qué verán, oirán, olerán o sentirán en ese momento y aclarar dudas sobre trámites administrativos.
- Preguntar si necesitan comunicarse con algún familiar significativo

y ofrezca ayuda para contactarlo. Pregunte sobre preferencia religiosa, si quiere contactar a algún representante religioso y si requiere realizar algún ritual/ceremonia.

- Ofrecer disponibilidad.

Baile et al, 2000, organizaron lo publicado desde 1985 y desarrollaron un protocolo de 6 pasos como guía para dar malas noticias, al que denominaron SPIKES. Una traducción reciente al castellano lo ha dado a conocer con el acrónimo EPICEE. Generalmente, este esquema constituye la base de los procedimientos recomendados por los expertos para dar malas noticias. Las siglas EPICEE corresponden a los 6 pasos en que se conceptualiza y se desglosa el proceso de dar las malas noticias: “E” de entorno, “P” de percepción del paciente, “I” de invitación, “C” de comunicar, “E” de empatía y “E” de estrategia.

EPICEE

- Entorno: las malas noticias se deben dar en un lugar con privacidad, de forma que estén presentes únicamente el paciente, sus familiares o personas más allegadas y los miembros del equipo asistencial. Lo mejor es que el médico se encuentre sentado, que establezca contacto ocular con el paciente y que mantenga contacto físico apropiado (dale la mano o apoyar la mano sobre el hombro). Es importante responder concretamente a las preguntas del paciente y se debe tomar en cuenta las posibles interrupciones en la sala (apagar el teléfono celular, hablar con el personal para que no entre sin previo aviso, etc).
- Percepción del paciente: es necesario conocer qué sabe el paciente con respecto a la causa de la muerte perinatal antes de proceder a dar las malas noticias. Nos podemos apoyar en preguntas como: “Hasta el momento ¿qué le han explicado de la causa de muerte?” o “¿Recuerda para qué se realizó esta prueba?”. Si tomamos en cuenta los conocimientos previos del paciente, podremos corregir

cualquier información errónea que exista y, además, adaptar las malas noticias al nivel de comprensión o entendimiento que tenga el paciente; es decir, personalizar la información, con lo que se logra una mayor eficacia.

- **Invitación:** el objetivo es averiguar hasta dónde quiere llegar el paciente. No todas las personas quieren conocer detalles exactos de lo que sucedió al momento de la defunción fetal o aborto. Cada persona tiene su propio ritmo para recibir y aceptar la información. De hecho, muchos usan la negación como mecanismo de adaptación y se rehúsan a saber. Por estas razones, los médicos deben pedir autorización para dar las malas noticias.

El método EPICEE sugiere realizar las siguientes preguntas:

- ¿Es usted el tipo de persona a la que le gusta conocer todos los detalles o quiere que hablemos solo de aspectos del tratamiento?
- ¿Qué le interesaría que le dijéramos?

Se debe de estar muy atentos a la respuesta del paciente:

- Si responde abiertamente con ¿qué quiere decir, doctor? probablemente nos está pidiendo más información
- Si, por el contrario, nos dice: “lo dejo en sus manos, doctor”, es más probable que no quiera saber más.

A

El médico puede decir: “Quisiera informarle de los resultados de las pruebas, ¿está bien?”. Lo mejor es informar a los pacientes sobre los resultados que se pueden esperar antes de pedir las pruebas y así se les prepara para recibir posibles malas noticias: “Como ya sabe, le estamos realizando una serie de pruebas. La verdad es que podemos encontrar cosas buenas y ‘no tan buenas’, aunque no lo sabremos hasta que nos lleguen los resultados.”

1a

- **Conocimiento:** las pacientes deben tener la información necesaria para tomar sus propias decisiones; para ello los médicos tenemos que brindarles la información de una forma en que la puedan entender, haciendo un esfuerzo para transmitirla al nivel de comprensión de cada paciente. La información debe ser otorgada en pequeñas partes para facilitar su procesamiento por el paciente. Se puede comprobar si se ha comprendido preguntando de vez en cuando: “¿Me entiende?” “¿Quiere que le aclare alguna cosa en particular?” Deberíamos evitar la franqueza brusca y el optimismo engañoso.
- **Empatía:** es una actitud que se ha de dar en todos los pasos que estamos comentando. Para ello: explore las emociones de su paciente, entienda estas emociones y transmítale mucha comprensión. El médico empático es capaz de reconocer la respuesta emocional del paciente o de su familia, identificarla en primer lugar y, luego, respondiendo adecuadamente.

Puede decir, por ejemplo: “Entiendo que le disguste lo que le estoy diciendo”. También puede permanecer en silencio para permitir que el paciente procese la mala noticia y ventile sus emociones. En ocasiones, ofrecer un pañuelo en silencio es una buena opción.

Las emociones y las preocupaciones que nacen cuando se reciben malas noticias son abordadas por Maguire y Faulkner de manera sistemática y de un modo que, además de útil, es relativamente sencillo de llevar a cabo:

- ◇ Paso 1: identificar la emoción: “¿Qué sentimientos le provocan estas noticias”
- ◇ Paso 2: etiquetar la emoción: “Entonces le asusta...”
- ◇ Paso 3: legitimar/comprender/normalizar: “Es normal tener sentimientos de este tipo...”
- ◇ Paso 4: respeto: “Entiendo que debe ser duro para usted...”

- ◇ Paso 5: indagar más y más: “¿Hay algo más que le preocupe?”
- ◇ Paso 6: apoyo: “Veamos qué podemos hacer...”
- **Estrategia:** luego de recibir malas noticias, los pacientes suelen experimentar una sensación de confusión, incertidumbre y soledad. Una forma de minimizar la angustia del paciente es:
 - ◇ Resumir lo que se le ha explicado
 - ◇ Comprobar qué es lo que ha entendido
 - ◇ Formular un plan de seguimiento (por ejemplo, dar material escrito que el paciente pueda leer de forma tranquila posteriormente).

Pero lo que hay que asegurar inexcusablemente es que el médico o el personal del equipo asistencial está accesible para manejar los síntomas, para responder a las preguntas y abordar otras necesidades que puedan surgir. (Margaret Quinn Rosenzweig, 2012)

Tabla 2. Cosas que se deben y que no se deben hacer cuando una persona tiene una pérdida

Cosas que NO se deben hacer	Cosas que se deben hacer
Obligar a la persona que ha sufrido la pérdida a asumir un papel, diciendo: “lo estás haciendo muy bien”. Debemos dejar que la persona tenga sentimientos dolorosos sin tener la sensación de que nos está fallando	Abrir espacios de comunicación. Si no sabe qué decir, pregunté: ¿cómo está hoy?” o “he estado pensando en ti. ¿Cómo te está yendo?”
Decir “llámame si necesitas algo”. Este tipo de ofrecimientos suele decantarse y la persona que ha sufrido la pérdida capta la idea de que nuestro deseo implícito es que no se ponga en contacto con nosotros. Sugerir que el tiempo cura todas las	Escuchar un 80% del tiempo y hablar un 20%. Pocas personas se toman el tiempo para escuchar las preocupaciones más profundas de otra persona. Todos pueden aprender de la pérdida en el proceso. Ofrecer ayudas concretas y tomar la

heridas. Las heridas de la pérdida no se curan nunca por completo y el trabajo del duelo es más profundo cuando se trabaja y se afronta.

iniciativa de llamar a la persona.

Si además respetamos la intimidad, esta valorará nuestra ayuda concreta con las tareas de la vida cotidiana.

Hacer que sean otros quienes den la ayuda.

Nuestra presencia y preocupación personal es lo que marca la diferencia.

Esperar “momentos difíciles”

En el futuro, con intentos activos de afrontar sentimientos y decisiones difíciles durante los meses que siguen a la pérdida.

Decir: “sé cómo te sientes”. Cada persona experimenta su dolor de una manera única, por lo que lo mejor que podemos hacer es decir que puede compartir sus sentimientos, en lugar de dar por supuesto que los conocemos.

“Estar ahí”, acompañando a la persona.

Hay pocas normas para ayudar, aparte de la autenticidad y el cuidado.

Utilizar frases manidas de consuelo, como: “hay otros peces en el mar” o “los caminos del Señor son insondables”. Esto solo convence a la persona de que no nos preocupamos lo suficiente por entenderla.

Hablar de nuestras propias pérdidas y de cómo nos adaptamos a ellas. Aunque es posible que esa persona en concreto tenga un estilo de afrontamiento diferente al nuestro, este tipo de revelaciones pueden servirle de ayuda.

Intentar que la persona se dé prisa en superar su dolor motivando a ocupar su tiempo, a regalar las posesiones del difunto, etc. El trabajo del duelo requiere tiempo y paciencia y no puede hacerse en un plazo de tiempo estipulado

Establecer un contacto físico adecuado, poniendo el brazo sobre el hombro del otro o dándole un abrazo cuando fallan las palabras. Aprenda a sentirse cómodo con el silencio compartido, en lugar de parlotear intentando animar a la persona.

Ser paciente con la historia de la persona que ha sufrido la pérdida y permitirle compartir sus recuerdos del ser querido. Esto fomenta una continuidad saludable en la orientación de la persona a un futuro que ha quedado transformado por la pérdida

Adaptado de Neimeyer, R. A. (2019). Aprender de la pérdida. Ediciones Paidós.

Aspectos psicoemocionales de la muerte perinatal

El duelo se compone de muchos sentimientos, estos son algunos de los principales, aunque no siempre se sienten todos ni tampoco en el orden en que los exponemos aquí. Son completamente normales, todas las personas que se enfrentan a una pérdida experimentan duelo. Este proceso es único, irrepetible, dinámico y cambiante de momento a momento (YanéZ-Otero, 2015).

- **Shock:** al recibir la noticia de que el bebé ha muerto o que va morir puede que la madre entre en un estado de shock. Lo que se escucha parece mentira y pasará de la negación a buscar razones lógicas de por qué está pasando esto.
- **Rabia:** las madres pueden sentirse enfadadas con el médico que le ha atendido o que ha dado la mala noticia, o puede sentirse enfadada consigo misma, con la pareja o con el bebé. Es normal sentirlo.
- **Culpabilidad:** es normal sentirse culpable y preguntarse una y otra vez qué hubiera podido hacer para evitarlo. Buscar razones del porqué.
- **Tristeza:** sentir tristeza además de vacío es normal; esto dependerá de las estrategias que cada madre tenga, y así el acompañamiento oportuno que se le dé.

El duelo tiene su propio conjunto de elementos, físicos, emocionales, psicológicos, conductuales, espirituales, que pueden confundirse o solaparse con una depresión mayor, aunque ambos cuadros se distinguen por criterios sintomáticos y de duración del episodio. (Mander, 1994)

Modelos de atención psicoterapéutica ante el duelo

Existen diferentes modelos psicoterapéuticos para el afrontamiento al duelo: William Worden define el duelo normal como un proceso de adaptación que atraviesa una persona que ha sufrido algún tipo de pérdida. Propone 4 tareas para atravesar el duelo.

- Tarea 1. Aceptación intelectual y emocional de la realidad de la pérdida: cuando unos padres pierden a su hijo, pueden sentir que su muerte no ocurrió. Se trata de aceptar que el bebé ha fallecido y que el reencuentro es imposible, por lo que se requiere una aceptación emocional y cognitiva. La realización de despedidas y ceremonias funerarias son de gran ayuda en este caso.
- Tarea 2. Elaborar el dolor de la pérdida: cuando el bebé fallece, los padres y madres experimentan un gran dolor físico y emocional. Es importante reconocer el dolor y contar con personas que los acompañen durante el proceso, ya que negarlo y tratar de bloquear estas emociones podría prolongar y complicar el duelo.
- Tarea 3. Adaptarse a un mundo sin el fallecido: la transformación implica también cambios en la propia identidad individual, lo que debe llevar a un aumento en la autoeficacia, con el fin de encontrar un significado para la pérdida y recuperar un cierto control sobre la vida.
- Tarea 4. Encontrar una conexión perdurable con el fallecido al embarcarse en una nueva vida: la muerte significa que las conexiones físicas y emocionales con el fallecido se rompen. Sin embargo, las personas no pierden completamente a sus seres queridos, sino que encuentran formas alternativas de mantener una relación con ellos. Esta recolocación emocional permite a los padres y madres mantener la conexión con su hijo fallecido y establecer nuevas relaciones emocionales.

John Bowlby entiende el duelo como una respuesta adaptativa y divide el proceso en cuatro fases:

- Fase de choque: el superviviente no acepta la realidad de la pérdida, se siente aturdido y vacío.
- Fase de búsqueda: intento inconsciente de encontrar a la persona fallecida, solo cursar con episodios de ira, culpa, llanto y hostilidad a la muerte.
- Fase de desorganización: se caracteriza por la tristeza y el retraimiento en la fase aguda, con una paulatina incorporación a las actividades cotidianas en el último periodo.
- Fase de reorganización: se acepta la pérdida y se recupera la participación y el placer por la vida.

Según relató Kúbler-Ross en el año 1969, el duelo se divide en 5 fases, que son las siguientes (Bautista., 2014; Cobo Pacheco., 2019):

- Fase de negación (no aceptación de la realidad de la inminente pérdida)
- Fase de ira (hay sentimiento de rabia, y hostilidad por la pérdida, dirigidos hacia las personas a las que consideran responsables (médicos, familiares, Dios, autoinculpación)
- Fase de negociación (pacto metafórico con aquellas personas a las que dirigió su rabia)
- Fase de depresión (tristeza y dolor por la inevitable pérdida)
- Fase de aceptación (reconocimiento de la situación y redefinición del significado de la pérdida).

Estas son algunas referencias; sin embargo, en ambientes hospitalarios el shock será lo que los profesionales de la salud se enfrentarán.

Duelo perinatal

Según la Organización Mundial de la Salud, la muerte perinatal se produce entre las 22 semanas de embarazo (cuando el feto normalmente pesa 500 g) y la primera semana de vida del recién nacido (OMS, 2006). La diferencia del duelo perinatal del duelo en general, es la cercanía entre la vida y la muerte. Este puede ser el primer contacto con la muerte para los padres y lo inesperado del suceso (Mander, 1994).

Lo más doloroso de este tipo de duelo es que no es reconocido. Debido a que los padres carecen de contacto con el bebé, se asume que no hay vínculo afectivo. Sin embargo, cuando una madre o una pareja espera un bebé, se hace una expectativa de vida, ilusiones hacia un nuevo rol. Este tipo de duelo implica la pérdida de un sueño o de un plan de vida “se experimenta con la percepción de un fracaso biológico, de frustraciones en la maternidad y paternidad, e incluso con la disminución de la autoestima”. (Martínez Serrano, 2011).

A La atención integral del aborto es una de las intervenciones esenciales de la atención de salud, incluidas en la lista publicada por la OMS en 2020. El aborto, ya sea farmacológico o quirúrgico, es una intervención sencilla que pueden practicar una amplia gama de trabajadores de la salud. Para que la atención del aborto sea integral debe incluir la prestación de información, evaluación y acompañamiento en salud mental. La práctica del aborto y la atención posterior a este, abarca la asistencia de los abortos espontáneos o retenidos, aborto incompleto y la muerte fetal intrauterina. 1a

El duelo perinatal también incluye:

- Adopción
- Retiradas de custodia
- Muerte materna
- Interrupción de embarazo

- Muerte tardía del bebé intraútero
- Muerte intraparto
- Muerte neonatal
- Muerte de un gemelo y crianza del otro
- Muerte perinatal e infertilidad
- Tras un diagnóstico de anomalía congénita

Tabla 3. Características normales del duelo

Sentimientos	Sensaciones físicas	Cogniciones	Conducta
Tristeza	Vacío	Incredulidad	Trastornos de sueño
Ira	Presión del pecho	Confusión	trastornos Alimentación
Culpa	Hipersensibilidad	Preocupaciones	Distracción
Soledad	Falta de aire	Sensación de presencia	Retraimiento
Ansiedad	Debilidad muscular		Llanto
Desamparo	Falta de energía		Hiperactividad
Añoranza	Sequedad en la boca		Atesorar objetos
Alivio			Visitar lugares

Fuente: Adaptado de Worden 2013. Psicología perinatal, María de la Fe Rodríguez Muñoz, Pilar Gómez Ulla-Manuela Contreras, 2021, Duelo perinatal

Tabla 4. Diferencia entre duelo normal y episodio depresivo mayor

Duelo	Episodio depresivo mayor
Evocan tristeza y empatía	Evocan distancia, impaciencia o irritación.
Soledad y vacío.	Aislamiento y autocompasión.
Preocupación por el hijo perdido.	Recuerdos desagradables sobre el embarazo.
Pena al ver bebés y embarazadas.	Idealización del hijo muerto.
Crisis de llanto.	Vergüenza y desvalorización.
Deseo de hablar de lo sucedido.	Sensación de haber fracasado como mujer.
Autorreproche limitado a creer no haber hecho lo suficiente por su hijo.	Abandono de relaciones sociales.
Ideas de suicidio no frecuentes.	Desesperanza, desconsuelo.
Búsqueda de consuelo en otras personas.	Culpabilidad total
Dolor por la pérdida.	

Fuente: González. S, Suárez. I, Polanco. F, Ledo. M, Rodríguez. E. (2013)

Un estudio realizado en el Servicio de Atención al Duelo Perinatal en Australia concluyó que los padres que habían visto y cogido en brazos a su bebé experimentaron sentimientos de pena y angustia con mayor intensidad, pero no desarrollaron ningún tipo de psicopatología (Wilson, Boyle y Ware, 2015).

Los tres pilares para prestar una atención integral al duelo gestacional y perinatal

1. El respeto por los derechos humanos, que incluye la existencia de un contexto político y jurídico que sea favorable.
2. La disponibilidad, accesibilidad de información y toma de decisiones.
3. Un sistema de salud que funcione correctamente y que preste apoyo a todas las personas a bajo costo. Para considerar que un sistema de salud funciona correctamente deben darse varias circunstancias, entre ellas: políticas basadas en la evidencia; una cobertura hospitalaria que sea universal; el suministro fiable de productos y equipos médicos asequibles y de calidad; la disponibilidad de suficientes profesionales de la salud, de varias categorías, que ofrezcan atención para el aborto a una distancia que esté al alcance de las pacientes. Además, la formación de los profesionales de la salud para que presten servicios de atención para el aborto seguros y de calidad, interpreten correctamente las leyes y políticas que regulan esta práctica y sepan asesorar a las pacientes para que estas tomen decisiones con conocimiento de causa. A esto se suma el apoyo a los profesionales de la salud y su protección frente a la estigmatización; y la prestación de métodos anticonceptivos para prevenir los embarazos no deseados. A fin de que la información necesaria esté disponible y se pueda acceder a ella, deben darse estas condiciones: una educación sexual integral y basada en la evidencia; y la prestación de información precisa, sin sesgos y basada en la evidencia sobre el aborto y los métodos anticonceptivos (Martínez & Palmar, 2018).

Herramientas para afrontar el duelo perinatal

El duelo no es un proceso patológico, pero puede llegar a serlo cuando se niega o se inhibe. Lo normal es saber que el dolor tendrá un impacto en los demás. El apoyo emocional que cada madre recibe es de suma importancia. Es recomendable facilitar recuerdos físicos, fotografías, o simbólicos. Muchas mujeres que experimentan una pérdida durante el embarazo desarrollan problemas de salud mental que pueden durar meses o años, aunque después tengan bebés sanos. “Se vive con la sensación de fracaso biológico, de maternidad y paternidad frustradas e incluso con la pérdida de la estima personal” (Martínez Serrano, 2011).

Lo que distingue el duelo perinatal del duelo en general, es “la cercanía entre el nacer y morir”, y para muchos padres los que representa su primer contacto con la muerte, y lo imprevisto del evento” (Mander, 1994)

Las pérdidas de primer trimestre, los que murieron al inicio de la gestación, son los más olvidados en el entorno social y hospitalario. Por eso los rituales pueden ser tan importantes para el duelo.

Rituales

Los rituales de duelo se definen como cualquier actividad religiosa o espiritual, pública o privada, formal o informal, diseñada o improvisada, que incluye una expresión simbólica combinada con sentimientos, pensamientos, creencias espirituales de los participantes y que tiene para ellos un significado especial (Castle y Phillips, 2023).

Un estudio cualitativo de Cacciatore y Flint (2012) recoge funciones de los rituales. Sirven para colaborar en la continuidad del vínculo, aportar una sensación de control a los dolientes y favorecer el crecimiento postraumático honrando y recordando al hijo.

A

El elemento simbólico favorece para tener una relación de lo Cognitivo con lo emocional y así darle un significado. Estos rituales compartidos permiten identificarse con la maternidad y la paternidad.

1a

A

Un estudio de Ying-Fen Tseng y colaboradores en Taiwán mostró que los rituales de duelo tras muerte intrauterina ayudan a los padres a aliviar la culpa. El ritual sirve para enviar el alma de los bebés un lugar seguro y preparar a la madre para una nueva gestación. (Tseng et al., 2018)

1a

El desconocimiento de la muerte perinatal y de manejo integral es un obstáculo que surge para la elaboración de un duelo. Los recuerdos permiten a las madres establecer una identidad y de esa forma autenticar el duelo.

Es recomendable facilitar recuerdos y fotografías físicas. Estos recuerdos permiten a las madres establecer la identidad materna y así validar el duelo en un contexto de tabú y falta de reconocimiento de la muerte perinatal.

Después de una muerte intrauterina, los padres y madres están en un estado de shock emocional, por lo que es probable que no soliciten conservar ningún tipo de recuerdos de su bebé después de que han fallecido. La información, el apoyo y la ayuda de los profesionales son esenciales para no dejar pasar esta opción.

Las cajas de recuerdos entregadas en los hospitales obstétricos y neonatales permite llevarse un recuerdo tangible de su bebé, lo que también puede ayudar a la transición y adaptación a la muerte por parte de las hermanas y los hermanos (si los hubiera) o el resto de la familia, que en muchas ocasiones no llegaron a conocer al bebé físicamente.

A

Establecer o implementar un programa de cajas conmemorativas en un hospital ayudará a todas las familias a brindar igualdad de oportunidades para que su hijo o hija fallecida participe en la familia. Es importante lo que cada familia quiera; el duelo es una aproximación del apego en cada persona, recordando que cada una querrá vivir el duelo desde su propia vivencia. Atravesar el duelo no tiene una línea recta, pero implementar este recurso sí ayudará a cada madre a transitar un duelo normal y sano.

1a

Imagen 1. Referencia/ Ejemplo de caja de recuerdos para favorecer el manejo integral al duelo gestacional o perinatal (Foto por Norma Grau)



De izq a drch: Peluches, Huella del pie hecho con arcilla, Haciendo huellas con las toallitas sin tinte. Fotos: Norma Grau

Fuente: Foto de Asociación UMAMANITA, por Norma Grau.

Varias investigaciones y revisiones sistemáticas de estudios muestran que es esencial proporcionar a las padres opciones para el parto. Pueden tener deseos diferentes acerca de cuándo iniciar el parto, dónde quieren ser ingresadas tras parir su bebé, o sobre cómo controlar el dolor, pero, en cualquier caso, es un indicador de buenas prácticas y factor que aumenta la satisfacción con la atención recibida el contar con una información clara y empática sobre las opciones que tienen (Gold et al., 2007; Lisy et al., 2016)

A

También las guías profesionales, como la de la American College Of Obstetricians and Gynecologists, insisten en la idea de individualizar los cuidados. Recomiendan una conversación en conjunto con la paciente y los profesionales, de modo que se tengan en cuenta sus preferencias y necesidades personales, culturales y religiosas (ACOG, 2009)

1a

Tabla 5. Prácticas y comportamientos que ayudaron a los padres tras una muerte intrauterina

Prácticas que ayudaron	Comportamientos que ayudaron
Tiempo para tomar decisiones y elegir acerca de los tiempos, lugares, formas de inducción de parto.	Una vez que se sabe que el bebé ha muerto, informar de forma individualizada y ordenada durante el embarazo y la inducción del parto.
Quien acompañara a la madre en el parto y tras el nacimiento.	
Opciones en procedimientos, como que el padre corte el cordón, lavar o vestir al bebé.	Cuidado adecuado, competente y de calidad.
Sostener al bebé.	Sostener la mano, tocar con cariño y compasión.
La buena calidad de fotografías, mechones de cabello, huella de manos y pies.	Mostrar que la muerte del bebé también afecta a los profesionales.

Buen almacenamiento y custodia de los recuerdos para quienes no los quieran cuando estén en el hospital, para que puedan tener la oportunidad de recuperarlos más tarde.	Atención a los detalles en cada comunicación para asegurarse de que cada encuentro sea lo más positivo posible.
Ceremonias para poner nombre al bebé.	Sensibilidad para buscar el mejor momento para ofrecer sostén al bebé.
Rituales religiosos.	Insistir en ofrecer la opción de sostener al bebé y recoger recuerdos para la mujer y que sus acompañantes no pierdan la oportunidad.
Consejos para asuntos prácticos Supresión de lactancia • Registro del bebé • Organización del funeral • Consejo empático y consistente sobre lo que supone y el valor que tienen los estudios post mortem.	Asegurarse de la calidad de los recuerdos.
	Manejo respetuoso y cuidadoso del cuerpo del bebé. Usar el nombre del bebé en cada conversación sobre él o ella.

Fuente: Adaptado de Guía para personal Sanitario (Asociación Krisálida de apoyo al duelo) diciembre 2011.

La encuesta de la Asociación Umamanita examinó las respuestas de 796 mujeres, de las cuales el 52.9% vio a su bebé y el 34% lo sostuvo en brazos. El 40% declaró haber recibido la información adecuada sobre la decisión de ver al bebé, y uno de cada cinco respondió que les aconsejaron no ver al bebé. Los hallazgos de la encuesta muestran que las acciones de los profesionales tuvieron un impacto significativo en la toma de decisiones de las familias. Además, el 96.7% de los que respondieron estaban de acuerdo en que fue una buena decisión ver al bebé, y más de la mitad de las mujeres que no habían visto a su hijo expresaron su pesar por no haberlo hecho. Sin embargo, el hecho de que casi un 97% de los padres digan que ver a su hijo es una buena decisión demuestra claramente que mejora el proceso de recuperación. Más de la mitad de las mujeres que no habían visto a su hijo expresaron que se arrepienten de no haberlo visto. (Cassidy P. et al 2018)

Habitación especial para pérdida gestacional

Tener espacios específicos después de la pérdida es de suma importancia. No favorece a un duelo sano estar a la par de una madre con un bebé vivo; esto genera más culpa, más desesperanza, apatía, frustración y todos los sentimientos asociados al duelo. Se recomienda espacios aislados y dignos, con colores cálidos, que favorezcan la atención digna y respetuosa.

Imagen 2. Referencia/Ejemplo de Habitación Mariposa



Fuente: Hospital Central de San Luis Potosí, México, Sala para atención a las personas que atraviesan un duelo por la pérdida de un bebé recién nacido o durante la etapa gestacional.

Sala de despedida

Espacio para el duelo

Se ha demostrado que las madres, parejas y familias deberían tener contacto post mortem con sus bebés después del parto, porque les permite afrontar el duelo y reafirmar su identidad como padres. Por el contrario, es muy común que experimenten remordimientos a corto y largo plazo y sentimientos de culpa por no haber sido buenos padres cuando no se les da la oportunidad de mantener un contacto con su hijo o cuando ellos mismos deciden no verlo por temor, rechazo o falta de información. La imposibilidad de anular estas decisiones hace que estos remordimientos sean complicados y difíciles de resolver (Umamanita 2020).

Cuando se menciona el contacto con el bebé, se incluyen múltiples cuidados familiares como tocar, vestir, sostener, lavar, etc., además de simplemente verlo. El objetivo principal es otorgarles la identidad paterna y materna y que se sientan como tales, permitiéndoles actuar de acuerdo con lo que la sociedad conceptualiza como “buena madre o buen padre”. Sin embargo, la identidad del bebé también se afirma porque los padres pueden objetivar su aspecto físico, lo que hace más evidente la situación. (Umamanita 2020)

Requerimientos de los espacios para el duelo

La sala de despedida debe estar en un lugar tranquilo y poco concurrido. El lugar en el que se encuentran puede variar de un hospital a otro, pero sí se recomienda que esté alejada de bebés y de madres en post parto inmediato.

- Si la madre y el padre lo permiten, se puede usar un símbolo para identificar la habitación.
- Iluminación natural y conexión visual con el mundo exterior a través de una ventana
- Una iluminación artificial controlable, idealmente indirecta.
- Una decoración sencilla y acogedora, materiales y colores entonados, cálidos o que transmitan un ambiente diferente al hospitalario.
- En función de las necesidades, el mobiliario es sencillo y fácil de acoplar.

Un espacio de duelo debe cumplir dos funciones importantes: brindar apoyo durante el inicio del duelo y acompañar en la última fase de la vida.

El espacio debe ser adecuado para permitir una despedida privada y tranquila, sin interferencias con el personal ni prisas, en un entorno tranquilo y sereno (Umamanita, 2020)

Imagen 3. Foto de referencia/ejemplo para favorecer la despedida de bebé para el manejo integral al duelo gestacional y perinatal



Fuente: Sala de Despedida, San Pedro Tlaquepaque, Jalisco, Hospital Materno Infantil San Martín de las Flores (HMISMF)

Manejo de la lactancia en el duelo gestacional

Lactancia en duelo

La vivencia de una muerte gestacional o neonatal es una experiencia traumática, pero no debemos olvidar que a esos sentimientos hay que añadir que la madre sentirá que su pecho produce leche para un niño que ya no está. "Pecho lleno, brazos vacíos", por lo que es fundamental proporcionarle información sobre las opciones posibles para su lactancia en esta situación.

Numerosas investigaciones científicas en el campo de la neuropsicología han evidenciado que la lactancia materna es un elemento de defensa frente al estrés y la depresión. Varias hormonas vinculadas al bienestar

participan en la segregación de leche: oxitocina, prolactina, endorfinas y dopamina son algunas de estas. La muerte de un bebé representa un estado de estrés y provoca la liberación de cortisol, lo que afecta de manera negativa el funcionamiento de diversas áreas cerebrales y el estado emocional. Las investigaciones llevadas a cabo indican que la lactancia potencia la regulación parasimpática del corazón y reduce la respuesta simpática del corazón frente al estrés diario. Además, la prolactina está elevada en las primeras etapas de la lactancia, lo que podría intensificar las sensaciones de depresión al reducirla de manera abrupta con sustancias químicas.

En el caso de las muertes perinatales, al momento en que se desprende la placenta se produce una disminución del lactógeno placentario humano, de estrógenos y de progesterona. Estos son antagonistas de la prolactina y retienen la secreción al momento del parto, lo que facilitará que, con niveles elevados de prolactina, se inicie la producción de leche en los primeros días, independientemente de que no haya un recién nacido que succione del pecho (es la fase llamada Lactogénesis II). No será hasta el tercer o cuarto día en que la secreción disminuye si no se extrae la leche de la mama (fase de Lactogénesis III o Galactopoyesis). Este proceso de producción y posterior subida de leche puede producirse en las madres a partir del segundo trimestre de embarazo, según se describe en muertes fetales desde la semana 12.

La lactancia tiene un gran significado para la madre, a nivel emocional y psíquico; así mismo, en caso de no tratarse, puede haber problemas físicos en los conductos mamarios, mastitis y consecuencias psicológicas como el trauma, que llegan a dificultar futuras lactancias (Serenshti et al., 2016).

Es frecuente no informar ni preguntar a las madres y asumir que lo que necesitan tras una muerte gestacional/neonatal o en el periodo de lactante es suprimir lo antes posible la lactancia para evitarles más dolor.

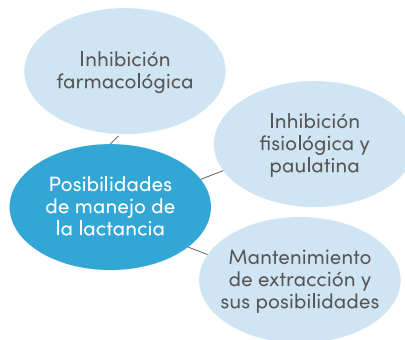
Con ese pensamiento se ha administrado tratamiento farmacológico sin otro soporte, consentimiento ni información. O, por el contrario, no medicar, pero tampoco informar de la posibilidad del aumento de leche en días posteriores estando sola en casa y sin pautas de manejo.

La Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva recomienda asesorar a las madres que estén en una situación de muerte gestacional y duelo sobre las opciones para inhibir la lactancia o el destete (natural o farmacológico).

Las posibilidades para el manejo de la lactancia tras una muerte gestacional o neonatal son:

- Inhibición farmacológica de la lactancia materna.
- Inhibición fisiológica y paulatina de la lactancia materna.
- Mantenimiento de la extracción láctea y sus diferentes posibilidades.

Imagen 4. Posibilidades de inhibición en lactancia ante el manejo de la lactancia en duelo gestacional y perinatal



Fuente: Adaptado de Manejo de la lactogénesis II en la pérdida perinatal Claramunt A. y Cenalmor S. 2011.

Inhibición farmacológica de la lactancia

En la actualidad, el fármaco utilizado para la inhibición de la lactancia materna es la cabergolina. Tiene una eficacia mayor si se usa próximo al parto que cuando la lactancia ya se encuentra establecida. Se debe informar a la madre de que si su mama se ingurgita de forma dolorosa puede ser necesaria la extracción de leche, sin vaciar el pecho completamente, pero sí lo suficiente para aliviar los síntomas molestos.

Recomendaciones para evitar y aliviar la ingurgitación mamaria:

- No vendar el pecho ni usar sujetadores muy compresivos, simplemente ir adaptando el tamaño del sujetador al volumen mamario en cada momento, sujetándolo sin oprimirlo.
- El vendaje compresivo del pecho está desaconsejado porque puede generar ingurgitaciones dolorosas, mastitis o abscesos mamarios.
- No se debe aconsejar beber menos líquidos para prevenir la ingurgitación.
- Sí resulta útil, para favorecer la salida de leche, la ducha o el baño caliente asociado a extracción manual con masajes desde el tórax hacia el pezón (técnica de Marmet).
- Compresas frías pueden aliviar la congestión tras una extracción pequeña que alivie el dolor.
- Alivio sintomático del dolor con antiinflamatorios (por ejemplo, ibuprofeno).

Durante la gestación existen altos niveles de progesterona, estrógenos y prolactina, que estimulan el desarrollo de las mamas. La prolactina provoca el inicio de la producción de leche, es así como los estrógenos y progesterona son antagonistas a ella y retienen la secreción al momento del parto. Al desprenderse la placenta del útero caen bruscamente los niveles de progesterona y estrógenos y su inhibición protectora de la prolactina. Esto provoca la subida de la leche, que al inicio es la secreción del calostro, independientemente de la edad gestacional del bebé, a partir del segundo trimestre, aproximadamente desde la semana 16.

Ante la muerte de un bebé en etapa perinatal es de suma importancia informar a la madre el manejo de la lactogénesis, ya que aún existe la creencia de que, si el bebé era pequeño y ha muerto, no habrá lactogénesis (Chen et al. 2015)

Inhibición fisiológica y paulatina

Es la forma más natural, enfatizando e informando a la madre en que puede demorar días o semanas en casos en que la lactancia está bien establecida y cuando se están realizando extracciones frecuentes.

Se basa en ir espaciando paulatinamente el número de extracciones y solo extraer la cantidad necesaria para que la madre no sienta incomodidad, sin llegar al vaciado completo de la mama. Así, la leche que permanece en la mama hace que se inhiba lentamente la producción.

Las extracciones se van prolongando hasta que solo sea necesaria alguna extracción ocasional para mejorar el malestar. (Chen et al. 2015)

Mantenimiento de la extracción

En algunos casos, las madres prefieren mantener la extracción láctea si ya lo estaban haciendo o, en ciertas ocasiones, iniciarla, ya que es una forma de mantener conexión con su hijo que ya no está (la extracción de la leche les hace sentirse madres en un momento en que nada más puede hacerlo).

Para otras mujeres, ayudar a otros bebés con su leche donada les hace aliviar su propio dolor y facilita la elaboración del duelo. El ambiente hormonal que mantiene la lactancia puede actuar también para disminuir la depresión en estas madres.

Quienes expresan su deseo de mantener la extracción pueden:

- Mantener la extracción un tiempo con el objetivo de hacer una inhibición paulatina y fisiológica de la lactancia.
- Seguir amamantando a otro hijo que vive.
- Mantener la lactancia con el deseo de donar la leche a un banco de leche. (Chen et al. 2015)

Métodos anticonceptivos post aborto o muerte fetal

Después de un aborto inducido de menos de 13 semanas de gestación, la mujer típicamente ovula de tres a cuatro semanas después; sin embargo, puede ovular tan pronto como a los ocho días. Por lo menos el 85% de las mujeres ovulan antes de su primera menstruación. Existen datos limitados sobre el retorno de la fertilidad después de un aborto realizado a las 13 semanas o más de gestación. Un estudio con solo nueve participantes encontró que el 66% ovuló dentro de los 21 días. Dado el rápido retorno de la fertilidad, todas las mujeres que desean iniciar un método anticonceptivo deben recibir su método preferido en el momento de realizar el aborto. Si el método preferido por la mujer no está disponible, se le debe proporcionar una referencia y, si así lo desea, un método provisional.

Después de un aborto por aspiración endouterina o por dilatación y evacuación, los anticonceptivos hormonales y no hormonales, incluidas la colocación del dispositivo intrauterino (DIU) y la esterilización femenina, se pueden iniciar inmediatamente. Los métodos hormonales, tales como píldoras, parches, anillos, inyectables e implantes, también se pueden iniciar inmediatamente posterior al legrado instrumentado intrauterino o la aspiración endouterina.

Se puede colocar el DIU y realizar la esterilización femenina cuando se tenga certeza razonable de que la mujer ya no está embarazada.

La esterilización masculina (vasectomía) es segura y eficaz, y se puede realizar en cualquier momento. Los métodos anticonceptivos de acción prolongada tienen tasas más altas de uso continuo y tasas más bajas de embarazos repetidos cuando se comparan con los métodos de corta duración. Todas las personas, incluidas las adolescentes, deberían poder decidir si desean usar un método anticonceptivo y seleccionar su método preferido, con base en información anticonceptiva correcta y precisa y en sus necesidades y preferencias personales.

Se aconseja esperar como mínimo entre 6 meses a 1 año para iniciar un nuevo embarazo. Si se da antes de 5 meses de la pérdida perinatal previa, podría desencadenar un duelo patológico. El embarazo se vive con bastante ansiedad y una especial sensibilidad ante cualquier pronóstico negativo. Por lo tanto, hay que brindar información muy clara sobre la prevención de un embarazo siguiente en el tiempo mencionado.

Cuidados de los profesionales de la salud ante la muerte gestacional y perinatal

Según un estudio realizado en la Unidad Materno Infantil del Hospital de Montilla (Córdoba, España) en el que se entrevistó a diferentes profesionales de la salud de este área que hubieran asistido algún caso de fallecimiento perinatal, los resultados ponen de manifiesto que la falta de conocimientos y de recursos para hacer frente a esta pérdida provoca que se lleven a cabo actitudes poco adecuadas en estas situaciones. Esto genera sensaciones de ansiedad, impotencia y frustración, comprometiendo de esta forma la competencia profesional. Además, se concluyó que es primordial promover programas de formación para adquirir conocimientos y destrezas sobre el duelo perinatal y crear guías de práctica clínica para la atención a este tipo de pérdidas.

B

2b

Numerosos estudios señalan que las actitudes y habilidades de comunicación por parte de los profesionales de la salud influyen significativamente en las familias. Es indispensable la buena formación del equipo de salud. Cuando reciben buen trato y son adecuadas, tienen un impacto positivo en la toma de decisiones de los padres, la resiliencia y el bienestar a largo plazo. Por el contrario, una atención inadecuada podría exacerbar un duelo que ya de por sí es complicado, y dificultar el proceso de curación de los padres.

A

Por este motivo, la capacidad para involucrar con sensibilidad a los pacientes por parte de los profesionales de la salud juega un papel crucial en la prestación de la atención más adecuada, y aminora la respuesta traumática a los familiares tras una pérdida prenatal. (Gandino et al., 2021)

1a

El duelo perinatal no solo es una experiencia compleja para la familia, sino que también causa un gran desgaste para los trabajadores que están involucrados en su atención. Aunque no todos los profesionales experimentan la misma emoción, la mayoría reconoce que su trabajo es difícil.

Mantener el cuidado personal integral (físico y mental), reconocer y aceptar como profesionales de la salud nuestras propias emociones y sentimientos, manejar las habilidades de comunicación y escucha terapéutica, son parte de las habilidades necesarias para cuidar a los médicos emocionalmente.

El personal también tiene limitaciones. La clave para enfrentar los desafíos de su trabajo diario es conocerlas. Es fundamental fomentar el autocuidado: “para cuidar a los demás, debe antes cuidarse a sí misma/o (Valenzuela et al., 2020):

- Mostrar los sentimientos a los padres/madres después de la comunicación de la pérdida si es necesario.

- Reconocer los límites como profesionales de la salud.
- Compartir experiencias, dificultades, vivencias con otros compañeros de la salud.
- Participar en sesiones clínicas y actividades de formación.
- Realizar grupos de supervisión emocional guiados por profesionales especializados en salud mental perinatal, y manejo de duelo gestacional- perinatal y neonatal.

05

Anexos

Tabla 6. Frases para usar y evitar ante la pérdida gestacional

Usar	Evitar
“Siento lo que les ha pasado”	“Sé fuerte”
“Me imagino cuánto querían a este bebé”	“No llores”
“No me molesta que lloren”	“Es la voluntad de Dios”
“La verdad es que no sé muy bien qué decirles”	“Todo pasa por alguna razón, es el destino”
“Tienes un bebé precioso/a”	“No es el fin del mundo”
	“Dios necesitaba otra flor en su jardín”
	“Ahora tienes un angelito”
	“Ahora está en un lugar mejor”
	“Al menos no llegaste a conocerle bien”
	“Eres joven, ya tendrás más”
	“Debes ser fuerte por tus hijos/ esposo/ familia, etc.”
	“El tiempo lo cura todo”
	“Ya le olvidarás”

Fuente: Bautista, 2014.

Tabla 7. Tipos de duelo

Duelo anticipado

Se produce cuando el duelo comienza previo al deceso. Se ha estudiado que podría disminuir el shock y facilitar la evolución de la recuperación.

Duelo desautorizado

Surge cuando los padres sienten que no están autorizados a sentir dolor para vivir su duelo, ya que son restringidos por su entorno familiar y social. Se asocia a la falta de apoyo por parte de estas personas.

Duelo patológico

Se produce cuando el individuo no se ha adaptado a la pérdida del ser querido, sin poder reestructurar su vida. La cronicidad del proceso se manifiesta por nerviosismo, irritabilidad y agresividad, que suele evolucionar a depresión.

Duelos resueltos

Se ha completado el proceso de duelo cuando es capaz de recordar a su hijo o hija sin sentir dolor intenso. Aunque perdure la tristeza, se ha aprendido a vivir sin él o ella, viviendo en el presente y aportando todas sus energías en las actividades que realiza en la actualidad con las personas que le rodean.

Comunicación verbal y no verbal

La comunicación representa el 90% del significado recibido del mensaje. El tacto, como un abrazo o sostener las manos, brinda contención, e incluso el silencio es aún mejor que decir palabras de consuelo a partir de comentarios inaceptables y que no tienen lugar en los principios éticos.

A continuación, se sugieren frases que se pueden utilizar y aquellas que se desaconsejan.

Lenguaje sugerido	Lenguaje inapropiado
“Siento lo que les ha pasado”	“Sé fuerte”
“Me imagino cuánto querían a ese bebé” (pregunta si ya tenía nombre)	“No llores”
“No me molesta que lloren”	“Es la Voluntad de Dios”
“La verdad es que no se bien que decirles”	“Todo pasa por alguna razón, es el destino”
“Tienen un bebé muy lindo/ linda”	“No es el fin del mundo”
	“Dios necesitaba un angel”
	“Está en un lugar mejor”
	“Menos mal era pequeño”
	“Debes ser fuerte por tus hijos y familia.
	“El tiempo lo cura todo”
	“Ya tendrás otro bebé”
	“Eres joven”

Fuente: Adaptado del protocolo de atención en duelo perinatal y neonatal hospital clínico San Francisco De Pucón 2021

Avances y opinión de expertos

En el Hospital de Gineco Obstetricia actualmente se está implementando el Proyecto Sala Mariposa, una sala especial para madres con pérdida gestacional y perinatal, donde pueden estar alejadas de madres con bebés vivos. Dicha sala tiene criterios específicos por seguir para la atención digna y respetuosa a madres en duelo.

La creación de dicho proyecto tiene como objetivo capacitar al personal del hospital en atención integral para:

- Brindar información sobre el impacto y alcances del duelo gestacional y perinatal al personal involucrado en la atención de mujeres con pérdidas gestacionales.
- Contribuir a la mejora de la salud de las mujeres y sus familias, proporcionando unos cuidados de calidad y favoreciendo el desarrollo de un duelo normal tras una muerte gestacional.
- Sensibilizar y concientizar sobre el abordaje integral y respetuoso del duelo gestacional y perinatal en las madres.
- Facilitar herramientas para el acompañamiento respetuoso y digno.
- Implementar una ruta de actuación desde el diagnóstico hasta el egreso de la madre.

Imagen 5. Referencia o ejemplo para la integración del personal de salud para el manejo del duelo gestacional y perinatal



Fuente: Hospital Nacional Posadas (Buenos Aires, Argentina)

Imagen 6. Referencia o ejemplo de Habitación Mariposa para favorecer el manejo integral al duelo gestacional y perinatal



Fuente: Hospital Materno Infantil San Martín de las Flores, Tlaquepaque, Jalisco México. Octubre 2022.

Imagen 7. Referencia/ejemplo de Habitación Mariposa para favorecer el manejo integral al duelo gestacional y perinatal



Fuente: Unidad de Ginecología y Perinatología del Servicio de la Mujer y el Recién Nacido del Hospital Clínico San Bora Arriarán. Chile, mayo 2023.

Imagen 7. Referencia/ejemplo de caja de recuerdos, para favorecer el manejo integral al duelo gestacional o perinatal



Imagen 8. Pasos administrativos a seguir luego de la muerte perinatal en el Hospital de Gineco Obstetricia del IGSS

IMPORTANTE

EVITE decir frases como: "Eres joven, puedes volver a tener otro bebé", "por lo menos ya sabes que puedes tener hijos", "La naturaleza es sabia", "Dios sabe por qué hizo así cosas", "Te promete un angelito", "Tu bebé no quiere verte triste", "Déjalo descansar en paz", Estas frases pueden ser muy dolorosas, pueden causar culpa, frustración y vergüenza a los padres.

USE palabras como: "Estoy acá para acompañarte", "sé que es un momento muy duro para ti, puedo abrazarte", "Yo siento mucho, eres un bebé hermoso", "Siento lo que te ha pasado", "Me imagino lo mucho que amabas a este bebé", "No me molesta que llores", "No sé qué decir, pero acá estoy para acompañarte".

Muchos veces los padres ven o quieren conservar objetos o recuerdos de su bebé antes y después de su nacimiento, esto se ha demostrado que puede ayudar a sobrellevar el duelo. Tú puedes ayudarlos a obtener memorias y recuerdos de ese amor.

También es importante estar al pendiente del bienestar físico de la madre después de una pérdida, procura de el cuidado de su alimentación, sueño, higiene, sus medicinas, cualquier síntoma de alarma.

Si necesitas más apoyo o más información puedes acercarte a la clínica de psicología y/o psiquiatría del Hospital de Gineco Obstetricia.

f x v i n d

www.igssgl.org

Teléfono: (011) 426-0000, Gonzalo Huanca, Psicóloga y Dra. Ana Reyes, Psicóloga, Hospital de Gineco Obstetricia.

El manejo del duelo gestacional y perinatal.

Apoyo de familiares y amigos

SALA MARIPOSA
Hospital de Gineco Obstetricia

La muerte de un bebé no solo afecta a los padres, sino también a toda la familia.

Es necesario contar con herramientas para que la familia pueda ayudar a los padres a sobrellevar este momento y poder ofrecer apoyo a las más cercanas.

No existe una manera correcta de manejar este proceso, depende de muchos factores que varían en cada persona, por lo que es importante:

- Respetar la toma de decisiones y el espacio de los padres.
- Respetar el tiempo que le lleve a los padres este proceso.

¿Qué puedo hacer como familiar o amigo?

- Si acompañas durante el embarazo, no desconsolares, tu presencia puede ser reconfortante para esa familia.
- No actúes como que no pasó nada, esto no quita el dolor, no dimes, solo busca que se proteja, permítele hablar de la situación.
- Estar dispuesto a escuchar y apoyar en la medida de tus posibilidades, muchas veces los padres no quieren hablar del fallecimiento, pero otras veces sí.
- Si el bebé ya tenía nombre, alguna llamada por su nombre.
- No presiones situaciones que pueden ser abrumadoras, como reuniones sociales, incluso en días importantes.
- Intenta no juzgar a la madre a quien le será difícil ver a otros bebés o mujeres embarazadas, esto es normal, puede que para unas madres sea más fácil que para otras.
- Muestra tus sentimientos, exprésale a la madre que el bebé era importante para ti, y recuerda no tomar decisiones por la madre y el padre.
- Si resulta muy difícil para ti, llámalo un tiempo y cuando estén bien puedes acercarte.
- No vayas la casa o habitación del bebé sin el permiso de la mamá/papá. Es importante que se den su tiempo para decidir qué hacer con las cosas del bebé, puedes ofrecer guardar las cosas hasta cuando decidan.

El duelo no tiene un tiempo definido, no los apresures. Es importante que respites sus tiempos y sus necesidades.

Recuérdales que no están solos, incluso si necesitan un tiempo o no, puedes apoyar en lo que necesitan.

Puedes ayudarlos a buscar ayuda profesional si lo necesitan.

SALA MARIPOSA

Imagen 9. Trifoliar para mamás, con información sobre el duelo gestacional y perinatal



Fuente: trifoliales elaborados en Hospital de Gineco Obstetricia 2,024. Colaboración Lcda. Andrea González Fajardo, Dra. Anita Maria Reyes, departamento de Comunicación HGO.

Referencias bibliográficas

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Protocolo de vigilancia epidemiológica de mortalidad perinatal y neonatal tardía. Abril 2017

Sociedad Colombiana de Pediatría. Informe de evento Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía. 2022

Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Guía Perinatal. Subsecretaría de Salud Pública, 2015

García Sacristán, Lucía García Sacristán. “El Duelo Perinatal, La Necesidad de Una Atención Integral.” Universidad de Cantabria, 12 May 2021

García Sacristán, Lucía. Dirección General de Cuidados, Humanización y Atención Sociosanitaria Cía Sacristán. Guía de Atención al Duelo Gestacional Y Perinatal 18 July 2022.

Quinn Rosenzweig, Margaret . “Dando Malas Noticias: Una Guía Para La Comunicación Empática Y Efectiva.” Online Exclusive, 18 July 2012.

Neimeyer, Robert A. Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo. Duelo perinatal. Un secreto dentro de un misterio, by Ana Pía López García de Madinabeitia, Originales y Revisiones, 20 May 2011.

Neimeyer, Dirección General de Humanización y Atención al Paciente. Guía de duelo gestacional y neonatal para profesionales. Comunidad de Madrid, 20 junio 2021.

IPAS. Concepción Post Aborto: Cando Y Que Tipo. Actualizaciones Clínicas en Salud Reproductiva. [Internet]. [cited 2024 Oct 4]. Disponible en: <https://www.ipas.org/clinical-update/spanish/atencion-postaborto/anticoncepcion-postaborto-cuando-y-que-tipo/>

Hernández LM. Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía [Internet]. Ministerio de Salud y Asistencia Social, editor. 2017 [cited 2024 Oct 4]. Disponible en : <https://osarguatemala.org/wp-content/uploads/2018/07/Protocolo-Mortalidad-Perinatal.pdf>

Diagnóstico y Tratamiento de Muerte Fetal con Feto Único [Internet]. Instituto Mexicano de Seguridad Social; 2010 [citado 2024 Oct 4]. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/567GER.pdf>

Perez L. Muerte Fetal Anteparto [Internet]. Manuales Clínicos, Urgencias Obstétricas. Hospital Universitario Virgen del Rocío; 2024 [citado 2024 Oct 4]. Disponible en: <https://manualclinico.hospitaluvroci.es/urgencias-de-obstetricia/segundo-y-tercer-trimestre/muerte-fetal-anteparto/>

Valenzuela, M. T., Bernales, M., & Jaña, P. (2020). Duelo perinatal: Perspectivas de los Profesionales de la Salud. *Revista Chilena de Obstetricia Y Ginecología*, 85(3), 281–305. <https://doi.org/10.4067/s0717-75262020000300281>.

Gabriella Gandino AB. Healthcare professionals' experiences of perinatal loss: A systematic review. *Journal of Health Psychology* [Internet]. 2017 Mar 5 [citado 12 ene 2021];(24):65–78. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1359105317705981>

Cassidy P. Informe Umamanita: Encuesta sobre la Calidad de la Atención Sanitaria en Casos de Muerte Intrauterina. 2018 Oct 15 [citado el 19 de agosto 2024]; Disponible en: <https://www.umamanita.es/wp-content/uploads/2018/11/Informe-UmamanitaCalidad-Atencion-Muerte-Intrauterina-2018.pdf>

Pastor Montero SM, Romero Sánchez JM, Hueso Montoro C, Lillo Crespo M, Vacas Jaén AG, Rodríguez Tirado MB. La vivencia de la pérdida perinatal desde la perspectiva de los profesionales de la salud. Revista Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2011 [citado 14 agosto 2024]; 19 (6): [8 pantallas]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n6/es_18.pdf

Ley Chile - Ley 21371 - Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. (2021). BCN. Retrieved August 17, 2023, from <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1165684>

American Psychiatric Association - APA. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (5a. ed.).

Umamanita y El Parto es Nuestro. “Guía para la atención a la muerte perinatal y neonatal” 2009 [Internet]. Disponible en: <https://www.umamanita.es/wp-content/uploads/2015/06/GuiaAtencion-Muerte-Perinatal-y-Neonatal.pdf>

Claramunt A y Cenalmor S. Pecho lleno, brazos vacíos: manejo de la lactogénesis II en la muerte perinatal. Comunicación VIII Congreso Fedalma 2011.

Guía de Referencia Rápida Diagnóstico y Tratamiento de Muerte Fetal con Feto Único Guía de Práctica Clínica GPC Catálogo maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-567-12. (n.d.). <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/567GRR.pdf>

Barreto P, de la Torre O, Pérez-Marín M. Detección de duelo complicado. Psicooncología [Internet]. 2012 [citado 12 agosto 2024]; 9 (2-3): 355-368. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/38820295.pdf> 28. Domingo VB. Duelo patológico,

Asociación Krisalida de Apoyo al Duelo. Pautas para una mejor intervención en un duelo perinatal. Guía para personal sanitario. Diciembre 2011

Manual de acompañamiento en el duelo perinatal. (s/f). Hospital Sant Joan de Déu. Recuperado el 14 de octubre de 2024

Por qué es fundamental hablar de la pérdida de un bebé. (s/f). Who.int. <https://www.who.int/es/news-room/spotlight/why-we-need-to-talk-about-losing-a-baby>

Gómez-Ulla, P., & Contreras García, M. (2021). Duelo perinatal. Síntesis. Guía Perinatal 2015. (2011, October 25). Ministerio de Salud. Retrieved August 17, 2023, from https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/GUIA%20PERINATAL_2015_%20PARA%20PUBLICAR.pdf

López García, A. (2011). Duelo perinatal: Un secreto dentro de un misterio. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 31(1), 53-70. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352011000100005&lng=es&tlng=es.

Ross, K. (2004). Sobre la muerte y los moribundos”.

Ryninks, K., Roberts-Collins, C., McKenzie-McHarg, K., & Horsch, A. (2014). Mothers’ experience of their contact with their stillborn infant: An interpretative phenomenological analysis. BMC Pregnancy and Childbirth, 14(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-203>

William Worden, J. (s/f). El tratamiento del duelo: Asesoramiento psicológico y terapia. Funeralnatural.net.

Proceso en marcha a partir de la pérdida de uno de los miembros de la familia (Bowlby, J., “La pérdida afectiva”.Paidós,[1980]1993)

Thomas, L.-V. (1996). Rites de mort.

Vicente Sáez, N. 2014. Duelo perinatal: El duelo olvidado. Universidad de Salamanca

Solano, V., & Elena, R. (2003). Duelo y pérdida. Medicina legal de Costa Rica, 20(2), 47–52. https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152003000200005

Redondo, P. S., Otero, A. Y., & Mendiri, M. A.-A. (2015). Atención profesional a la pérdida y el duelo durante la maternidad. (Servicio Extremeño de Salud. Abril 2015, Ed.; 1st ed.) [Review of Atención profesional a la pérdida y el duelo durante la maternidad].

Silvente, C. (2012, abril 16). Neuropsicología y lactancia materna. Cristina Silvente. <https://cristinasilvente.wordpress.com/2012/04/16/neuropsicologia-y-lactancia-materna/>

(López De Ayala García et al., 2010) López De Ayala García, C., Galea Martín, T., & Campos Méndez, R. G. (2010). Seguimiento del duelo en Cuidados Paliativos.

Del buen morir y duelo en neonatología., G. (s/f). Protocolo para el manejo clínico y acompañamiento respetuoso de mortineonatos. <https://neored.net/wp-content/uploads/2021/11/PRotocolo-de-duelo.pdf>

Gavin, N. I., Gaynes, B. N., Lohr, K. N., Meltzer-Brody, S., Gartlehner, G., & Swinson, T. (2005). Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. Obstetrics and Gynecology, 106(5 Pt 1), 1071–1083. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000183597.31630.db>

Mander, R. (2000). Perinatal Grief: Understanding the bereaved and their carers. En Perinatal Grief: Understanding the bereaved and their carers (pp. 29-50). https://doi.org/10.1007/978-1-349-15038-0_3

Blood C, Cacciatore J. Best practice in bereavement photography after perinatal death: qualitative analysis with 104 parents. *BMC Psychology*. 2014; 2(1):15.

(de Graaff et al., 2023) de Graaff, E. C., Leisher, S. H., Blencowe, H., Lawford, H., Cassidy, J., Cassidy, P. R., Draper, E. S., Heazell, A. E. P., Kinney, M., Quigley, P., Ravaldi, C., Storey, C., Vannacci, A., the E. P. S. in High-Resource Countries Scorecard Collaboration Group, Corcoran, P., Cronin, R., Erwich, J. J., Gissler, M., Gordijn, S., Flenady, V. (2023).

Lecturas recomendadas

- Claramunt, M. Àngels y colaboradores. “La cuna vacía”- Ed. La esfera de los libros, España 2009.
- Duelo perinatal, Pillar Gomez Ulla
- Dejalos ir con amor, Nancy Oconer

Webs recomendadas

- www.elhuecodemivientre.com
- www.umamanita.es
- www.familiae.es
- www.elpartoesnuestro.es
- www.juanpublico.com
- www.superandounaborto.foroactivo.com
- www.uk-sands.org
- www.stillbirthalliance.org
- www.nowilaymedowntosleep.org
- www.stillbirth.carbonmade.com



Instituto Guatemalteco de
Seguridad Social

7ª avenida 22-72 zona 1
Centro Cívico, Ciudad de Guatemala
Guatemala, Centroamérica
PBX: 2412-1224
www.igssgt.org



ISBN: 978-99939-56-01-3



9 789993 956013