

Papel de la Matrona en el manejo del duelo perinatal y neonatal

González Castroagudín, Sonia¹; Suárez López, Isabel²; Polanco Teijo, Flavia³; Ledo Marra, M^a José⁴; Rodríguez Vidal, Elena⁵

¹Matrona en el Hospital del Salnés, Doctorando en Historia de la Ciencia; ²Matrona en el Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela; ³Matrona en el Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña; ⁴Matrona en el Complejo Hospitalario de Ourense; ⁵Matrona en el Complejo Hospitalario de Ourense

Cad Aten Primaria
Año 2013
Volume 19
Pág. 113-117

RESUMEN

El duelo ante una pérdida perinatal es una respuesta afectiva normal que incluye síntomas como tristeza, irritabilidad,...

El propósito de esta revisión es definir los recursos necesarios para un "afrentamiento" eficaz de la familia tras una pérdida perinatal, y describir la labor de las matronas en la planificación del siguiente embarazo.

La muerte perinatal tiene efectos comparables en madres y padres y frecuentemente experimentan temor sobre el resultado del siguiente embarazo, por lo que los cuidados en este período deben centrarse en ayudar a afrontar el duelo y resolver dudas sobre una nueva gestación.

Las actitudes y conductas del personal sanitario tienen consecuencias directas sobre la familia, siendo necesario disponer de conocimientos y habilidades para ayudar a afrontar el duelo.

Palabras clave: duelo, neonato, mortinato, educación sanitaria

DEFINICIONES

Muerte perinatal:

El concepto y las definiciones varían según los países, lo que dificulta su comparación. En España, la mortalidad perinatal designa el número de muertes producidas entre la semana 28 de gestación hasta los primeros siete días de vida por cada 1.000 nacidos vivos y muertos; siendo la tasa de mortalidad neonatal, el número de muertes ocurridas entre el nacimiento y 28 días de vida en un año dado por 1000 nacidos vivos en ese mismo año.

Duelo:

Es una respuesta afectiva normal de una persona a una pérdida importante e incluye como síntomas: tristeza, irritabilidad, cólera, depresión, trastornos sueño y del apetito, sentimiento de nostalgia de la persona perdida y ocasionalmente alucinaciones auditivas o visuales del fallecido. Además, normalmente estas respuestas específicas del duelo van acompañadas de síntomas fisiológicos predecibles, como cefalea, astenia y letargia, disnea, taquicardia, xerostomía, sudoración, trastornos digestivos y sensación de asfixia.

Los síntomas de duelo disminuyen en los seis primeros meses tras la muerte perinatal, pero pueden ser necesarios de uno a dos años para una resolución total.

Duelo anticipado:

Se produce cuando el proceso del duelo se inicia antes de que tenga lugar la pérdida. Se ha observado que la pronta percepción de la eventualidad puede atenuar la fase de choque y facilitar la evolución de la recuperación.

Duelo patológico:

El proceso del duelo es patológico cuando no se produce una adaptación completa del individuo a la pérdida y a la reorganización de su vida. La cronicidad del proceso se manifiesta por nerviosismo, irritabilidad y agresividad, y suele evolucionar a depresión.

El número de muertes perinatales en España y en el año 2007, según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), fue de 2.108 y 864, respectivamente. La tasa de mortalidad perinatal ha descendido de manera progresiva en los últimos 26 años (14,5‰ en el año 1981 y 4,5‰ en el año 2007), siendo significativamente inferior a la hallada en los países europeos con las tasas más elevadas:

Rumanía (7,2‰)

Letonia (7,1‰)

Bulgaria (6,7‰)

Las comunidades autónomas españolas con mayores tasas de mortalidad perinatal son:

- Ceuta (9,6‰)
- Asturias (7,1‰)
- País Vasco (6,0‰)
- Andalucía (5,4‰)⁸

Las principales grandes causas de muerte perinatal en España, agrupadas según la Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª Edición (CIE-9), son las denominadas:

- afecciones perinatales y
- las anomalías congénitas

siendo la frecuencia mayor para las primeras.

El principal componente del apartado de las afecciones perinatales son, por orden decreciente:

- Alteraciones de placenta/del cordón o de las membranas en feto/recién nacido
- Hipoxia intrauterina
- Asfixia al nacer y
- Dificultad respiratoria del feto/recién nacido.

Por otra parte, en las anomalías congénitas predominan:

- Las anomalías congénitas múltiples
- Las anomalías congénitas localizadas:
 - del aparato circulatorio y
 - del sistema nervioso.

OBJETIVO

El objetivo de esta revisión es definir los recursos necesarios para un afrontamiento eficaz de la familia tras una pérdida perinatal y neonatal, y describir las implicaciones de las matronas en la planificación del siguiente embarazo.

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda bibliográfica de artículos en lengua inglesa y española en las bases de datos Medline, Index, Cochrane entre los años 2000-2010, empleando las siguientes palabras clave: perinatal loss¹, perinatal death², pregnancy loss³, grief⁴, miscarriage⁵, stillbirth⁶, bereavement⁷.

¹pérdida perinatal, ²muerte perinatal, ³pérdida del embarazo, ⁴dolor, ⁵aborto no deseado, ⁶ muerte fetal, ⁷duelo

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA EVOLUCIÓN DEL DUELO

El proceso del duelo consta de 4 fases evolutivas:

- Primera, de choque e incredulidad
- Segunda, de nostalgia y búsqueda

- Tercera, de desorganización y
- Cuarta, de reorganización

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

Todas las circunstancias que rodean a una muerte perinatal y neonatal condicionan un mayor o menor adaptación al proceso del duelo:

- Edad gestacional: las pérdidas tardías se asocian con fases agudas más largas del proceso del duelo que las pérdidas ocurridas en fases tempranas de la gestación.
- Visualización con ultrasonidos: los padres que ven al feto por ecografía relatan mayor nivel de angustia.
- Momento de la muerte: las muertes más traumáticas son las que se producen de forma inesperada, durante el parto o tras el nacimiento.
- Nacidos con malformaciones: las madres de nacidos con malformaciones sufren con frecuencia duelo prolongado y trastornos psiquiátricos.
- Nacimiento múltiple: la muerte de uno de los gemelos crea confusión, pena por el hijo perdido, alegría o rechazo por el nacido vivo.
- Trato recibido por el equipo obstétrico: Actitudes y conductas de los miembros del equipo obstétrico pueden tener consecuencias negativas en el afrontamiento del duelo por la familia.

El desarrollo de un proceso del duelo patológico puede desencadenarse secundariamente a:

- a) evitar que los padres vean y toquen a su hijo muerto
- b) sedar excesivamente a la madre durante el parto
- c) no insistir en la conveniencia de la realización de necropsia
- d) rehuir el contacto con los padres
- e) dar información insuficiente
- f) aconsejar un embarazo lo antes posible

EMBARAZO TRAS UNA PÉRDIDA PERINATAL

La pérdida perinatal es un acontecimiento traumático en la vida de las familias y una de cada cuatro parejas la experimenta en alguno de sus embarazos.

Las parejas que han sufrido una pérdida perinatal manifiestan temor sobre el resultado del siguiente embarazo que puede incrementar los síntomas de ansiedad y depresión.

El sufrimiento de padres y madres que han sufrido una pérdida perinatal puede prolongarse meses después del nacimiento de otro hijo. Tener un hijo vivo no influye en la pena de la pérdida. Conocer la posible causa de la pérdida disminuye el nivel de ansiedad de los padres. El período de espera tras una pérdida es variable, no existiendo un acuerdo unánime de cuánto tiempo debe transcurrir y los efectos que puede tener sobre el duelo de la pareja el intento de un nuevo embarazo. A pesar de que algunos autores han intentado cuantificarlo, refiriendo periodos de 6-8 semanas, e incluso de 6 meses y hasta de 1 año, las últimas evidencias científicas refieren que es imposible su estimación. Cada caso es diferente, las necesidades de cada mujer, pareja o familia, deben ser estudiadas individualmente, ofreciéndoles una monitorización y cuidado apropiado. La monitorización de la familia, pero más en especial de las madres, debe continuar durante el siguiente embarazo, parto y puerperio.

Es errónea la creencia de que un nuevo embarazo disminuye la pena. El duelo perinatal es algo con lo que la mujer va a tener que vivir, superarlo en su totalidad puede llevarle toda la vida, a su vez, tener un nuevo embarazo sin que la madre esté lista puede ocasionar problemas de apego con el siguiente hijo.

Lo importante no es dar a la madre un plazo de tiempo para volver a quedarse embarazada, sino facilitarle la información necesaria y animarla para que ella misma tome y afronte la decisión, conociendo sus riesgos y consecuencias. Por tanto, la mejor opción es que la madre espere hasta que se sienta preparada para un nuevo embarazo.

Los profesionales sanitarios deben tener presente que el sufrir una pérdida previa puede influir en el desarrollo de un embarazo normal. Los cuidados en este período deben centrarse en ayudar a afrontar el duelo y resolver dudas sobre un nuevo embarazo. En este período los padres necesitan saber cómo enfocar una nueva gestación, entender los riesgos de una posible pérdida, hablar sobre la relación de pareja, métodos anticonceptivos, emociones o enseñar estrategias de afrontamiento.

Las parejas con una historia de pérdida perinatal tienen mayores síntomas depresivos y de ansiedad durante el siguiente embarazo que parejas con pasado de embarazos exitosos. Por otro lado, las madres tienen niveles más altos de ansiedad y síntomas depresivos que los padres, pero no muestran diferencias en cuanto a síndrome post-traumático. Una vez nacido el niño, los síntomas de depresión y ansiedad disminuyen pero los pensamientos patológicos aumentan en el caso de las madres. El síndrome de estrés postraumático continúa moderadamente alto en ambos padres.

ETIOLOGÍA

La etiología de la mortalidad perinatal y neonatal es difícil de definir. En muchas ocasiones, la pérdida perinatal y neonatal es fruto de la combinación de varias causas o no tiene ninguna causa filiada.

La etiología depende principalmente de tres factores: el nivel socioeconómico, determinado por el desarrollo del país; la edad gestacional; la gestación.

PERSONAL SANITARIO

Las actitudes y conductas del personal sanitario tienen consecuencias directas sobre la familia. La percepción por parte de los padres de diferencias en la atención prestada por el personal sanitario durante la pérdida respecto a embarazos exitosos previos, incrementa el impacto de la experiencia negativa. Igualmente, los padres que acuden a servicios que surgen para apoyar y educar a mujeres embarazadas con riesgo elevado y a sus compañeros tras la muerte de un bebé en un embarazo anterior presentan un mejor estado de salud por la atención prestada de apoyo.

El nivel de satisfacción de las matronas por la atención prestada para afrontar una situación de duelo está condicionado por el contexto organizacional o el medio ambiente en el que la atención fue prestada.

Es mayor cuando:

- se ha ofertado una atención primaria de apoyo sensible,
- se ha mostrado flexibilidad,
- las necesidades individuales han sido abordadas,
- la situación ha sido tratada en un ambiente de comprensión,
- se ha favorecido la creación de recuerdos especiales, y
- se ha escuchado y compartido la pena.

El nivel de satisfacción

Es menor cuando:

- se sienten abrumadas emocionalmente,
- cuando existen dificultades para comunicarse abiertamente y compartir información con las mujeres
- cuando existe un compromiso emocional e imposibilidad de asegurar un apoyo continuo en la atención.

Una mayor conciencia y conocimiento de los servicios de apoyo emocional favorecen una mejor respuesta al afrontamiento del duelo.

Algunos padres experimentan sentimientos de impotencia frente a la atención prestada por el personal sanitario.

Este fenómeno podría ocurrir cuando los profesionales no se centran en la globalidad de la persona, sino sólo en algunos aspectos concretos.

Actualmente es sabido que la prescripción de tranquilizantes a los padres para el tratamiento de los síntomas físicos y psicológicos, olvidando ofrecer una asistencia global y humanizada, es una conducta contraproducente.

La atención integral a la familia sólo se puede lograr cuando los profesionales tienen sus necesidades de formación atendidas. De lo contrario, el cuidado de una familia que ha experimentado una muerte perinatal crea una situación de estrés entre el personal sanitario difícilmente abordable y que favorece la adopción de conductas de evasión y elusión del tema.

Los padres en proceso del duelo deben recibir una atención competente, informándoles de los planes de tratamiento y dándoles información sobre las opciones de entierro.

Existe la necesidad de ofertar una formación especializada al personal obstétrico que le permita adquirir la suficiente confianza en su capacidad para proporcionar atención adecuada y apropiada. Igualmente, es preciso disponer de protocolos de actuación en Atención Primaria y Especializada para cubrir las necesidades físicas, emocionales, espirituales y administrativas de las familias afectadas por una muerte perinatal.

A pesar de lo referido en el párrafo precedente, existen pocas intervenciones específicamente diseñadas para apoyar a los padres durante un embarazo después de la pérdida de un bebé. Además, entre el personal sanitario en contacto con las familias que sufren la pérdida existe la idea generalizada de la necesidad de aumentar sus conocimientos y experiencias, mejorar las habilidades de comunicación, y fomentar un mayor apoyo entre los miembros del equipo.

Los 4 factores más estresantes a los que pueden estar sometidas las matronas que prestan atención a los padres que han sufrido una pérdida perinatal son:

- dificultad para hacer frente con los padres al duelo,
- ausencia de un resultado feliz,
- ira de la madre, y
- recursos limitados

La edad del personal que los atiende, la experiencia en el manejo de los padres, las actitudes y la formación de las matronas para el cuidado de las familias durante el duelo, son los factores asociados que intervienen directamente en el cuidado de los padres que sufren pérdidas perinatales.

Son factores que afectan al personal y al desarrollo de su trabajo, por lo que el apoyo y la educación son necesarios para ayudar a las matronas en su trabajo con las familias.

CONCLUSIONES

1. La pérdida de un hijo magnifica la sensación de que se ha perdido una parte de uno mismo, además de causar un gran desgaste físico y emocional.
2. Es fundamental garantizar una adecuada asistencia sanitaria durante este proceso de pérdida para que los padres asuman y entiendan la situación.
3. En este ámbito existe una falta de preparación por parte de los profesionales sanitarios, matronas, obstetras, pediatras, por lo que convierte esta situación en un afrontamiento todavía más difícil.
4. Es importante que el personal sanitario que atiende un proceso de duelo perinatal tenga conocimiento sobre la forma de afrontar esta pérdida en toda la familia, especialmente en la madre.

BIBLIOGRAFIA

- Umamanita. Guía para la atención a la muerte perinatal y neonatal. Umamanita; 2009.
- Consejería de Sanidad y Consumo. Mortalidad perinatal e infantil en la región de Murcia. Murcia: Consejería de Sanidad y Consumo; 2005.
- OMS. Neonatal and perinatal mortality, Country, regional and global estimates, 2004. Ginebra: OMS; 2007.
- Hill P, DeBackere K, Kavanaugh K. The Parenteral experience of pregnancy after perinatal loss. *J. Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2008; 37(5): 525-37.
- Badenhorst W, Hughes P. Psychological aspects of perinatal loss. *Best practice&research clinical Obstetrics and Gynaecology.* 2007; 21 (2): 249-59.
- Fabre-Gonzalez E. Manual de asistencia al parto y puerperio normal. Zaragoza: INO reproducciones, 1995; 481-95.
- Instituto Nacional de Estadística. Movimiento natural de la población. Datos europeos. 2008. Instituto Nacional de Estadística.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estadísticas salud materno-infantil. 2008.
- Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la causa de muerte. 2008. Instituto Nacional de Estadística.
- Lindemann E. Symptomatology and management of acute grief. *Am J. Psychiatry.* 1944; 101: 141-8.

Montalvo G. Muerte perinatal y el proceso de duelo. *Cambios-Órgano oficial de difusión científica*. 2004; 3(6): 167-170.

García-Martínez C, Yagüe-Frías A. Duelo perinatal. *Revista de Enfermería*. 1999; 10: 17-20.

Pastor-Montero S, Vacas-Jaén AG, Rodríguez-Tirado MB, Macías-Bezoza JM. Experiencias y vivencias de los padres y profesionales ante la pérdida perinatal. *Biblioteca Lascasas*. 2007; 3(1): 1-27.

Armstrong D. Impact of prior perinatal loss on subsequent pregnancies. *Jognn*. 2004; 33(6): 765-73.

Sutan R, Amin RM, Ariffin KB, Teng TZ, Kamal MF, Rusli RZ. Psychosocial impact of mothers with perinatal loss and its contributing factors: an insight. *J Zhejiang Univ-Sci B*. 2010; 11(3): 209-17.

Gómez B. Eficacia de las intervenciones destinadas a madres y familias tras una pérdida perinatal. *Evidentia*. 2005; 2(4): 91-5.

Turton P, Badenhorst W, Hughes P, Ward J, Riches S, White S. Psychological impact of stillbirth on fathers in the subsequent pregnancy and puerperium. *Br J Psychiatry*. 2006; 188: 165-72.

Gold KJ, Dalton VK, Schwenk TL. Hospital Care for Parents After Perinatal Death. *Obstetrics & gynecology*. 2007; 109(5): 1156-66.

McCreight BS. A grief ignored: narratives of pregnancy loss from a male perspective. *Sociology of Health & Illness*. 2004; 26(3): 326-50.

Samuelsson M, Rådestad I, Segesten K. A waste of life: fathers' experience of losing a child before birth. *Birth*. 2001; 28(2): 124-30.