

Universidad Nacional de Cuyo
Facultad de Ciencias Médicas
Escuela de Enfermería

TRABAJO FINAL

ABORDAJE DE ENFERMERÍA EN EL ÁREA DE MATERNIDAD Y
NEONATOLOGÍA CON RESPECTO A LAS MADRES QUE SUFREN DE MUERTE
PERINATAL EN EL HOSPITAL LUIS LAGOMAGGIORE 2023

Autor/es: Micaela Olivera, Franmilys del valle Olivero Segovia.



Mendoza, 10 de mayo de 2023



UNCUYO
UNIVERSIDAD
NACIONAL DE CUYO



FACULTAD DE
CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE
ENFERMERÍA

ADVERTENCIA

“El presente estudio de investigación es propiedad de la Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo, y no puede ser publicado, copiado ni citado, en todo o en parte, sin el previo consentimiento de la citada Escuela o del autor o los autores”.



UNCUYO
UNIVERSIDAD
NACIONAL DE CUYO



FACULTAD DE
CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE
ENFERMERÍA

ACTA DE APROBACIÓN

Presidente:.....

Vocal1:.....

Vocal2:.....

Trabajo Aprobado el :...../...../.....



Agradecimientos y/o dedicatoria

Queremos agradecer en primer lugar a la Universidad Nacional de Cuyo, por brindarnos todo lo necesario a lo largo de los 5 años para que nosotras seamos profesionales de la salud, inculcándonos conocimientos y valores que nos acompañarán el resto de nuestras vidas. Agradecemos a cada profesor que pasó por nuestra aula, cada uno a su forma nos enseñó y nos propuso ser cada día mejor profesional. Al Lic. Michel, director de la carrera, que siempre encontró las palabras justas para demostrarnos lo hermosa que es nuestra profesión, que luchó para que nuestra amada carrera sea avalada por la CONEAU. Agradecer sin dudas a nuestras familias, que nos acompañaron con un mate o una video llamada para que podamos seguir cuando parecía que no podíamos más, sin duda a nuestros compañeros que luego fueron amigos, con los que compartimos horas de estudio risas y sin duda hicieron que nuestro paso por la facultad estos años sea una bendición.

Yo Micaela Olivera, agradezco a mis padres, que siempre me incentivaron a seguir, a mi hermana que me ayudó en mis momentos más débiles, que me dio clases de inglés para que yo pueda mejorar. A mi abuela materna, mi primer paciente, cuando tenía 15 años, la primera persona que se refirió a mi como “Mi enfermerita” a la cual tuve el honor de acompañar hasta su último día de vida. Sin dudas a mi abuela paterna que nunca dejó de confiar en mí y en mis capacidades, repitiendo que lo iba a lograr, a mi pareja con la que he pasado días y noches de estudio con un apoyo su incondicional, a toda mi familia que festejaba conmigo cada vez que aprobaba un final y por último pero no menos importante, a mi modelo a seguir mi queridísima Ximena Neira, madre de mi mejor amiga, que sin dudas fue mi inspiración para que yo siga esta carrera, siempre la recordaré con mucho cariño y admiración.

Yo Franmilys Olivero, quiero agradecer a mis padres por brindarme ese apoyo incondicional que tanto me dan, sin importar las circunstancias



siempre confiaron en mí, a mi hermano por ser una pieza fundamental en el camino de esta carrera, su apoyo jamás me ha faltado y el resto de mi familia por estar siempre a mi lado desde la distancia, es un amor infinito que les tengo a cada uno de ellos. En segundo lugar, quiero agradecerle a la república de argentina por recibirme con los brazos abiertos, por permitirme estudiar esta hermosa carrera y darle su verdadero valor. En tercer lugar, agradecerles a mis amigas de Venezuela y las nuevas amistades que me he hecho acá en Argentina por siempre estar a mi lado y acompañarme en todo este proceso, esos abrazos y palabras de aliento que me sirvieron a lo largo de estos años. Y por último quiero agradecerme a mí por el esfuerzo que hice en el día a día para lograr lo que hoy me ha costado, graduarme de licenciada en enfermería.

Agradecemos a nuestro tutor Marcelo Gaii por brindarnos su disposición y conocimientos gracias, sin él este trabajo seguramente no sería lo mismo.



UNCUYO
UNIVERSIDAD
NACIONAL DE CUYO



FACULTAD DE
CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE
ENFERMERÍA

Prefacio

Sin dudas, la enfermería es una profesión de constante cambio y aprendizaje, el siguiente trabajo es el granito de arena que queremos aportar a la misma, para que sea cada día mejor, para que en un futuro las madres que sufran de muerte perinatal tengan un mejor cuidado y acompañamiento, sobre todo psicológico, en su tránsito por el hospital.



Índice General

CAPITULO I: PLANTEO DEL PROBLEMA:	1
INTRODUCCIÓN	2
Descripción del problema:	4
Justificación:	4
OBJETIVOS:	5
Objetivo General:	5
Objetivos específicos:	5
Marco Teórico:	6
EMBARAZO	6
MUERTE PERINATAL	7
DUELO	10
Proceso De Duelo.	10
Etapas Del Duelo	11
Diagnóstico de trastorno depresivo mayor en el duelo:	13
Tipos de duelo patológico:	13
Evaluación clínica y tratamiento.	16
EL DUELO POR LOS HIJOS:	18
ENFERMERÍA Y EL DUELO	19
CONCLUSIONES QUE SE OBTUVIERON	21
ANÁLISIS DEL IMPACTO DE LA MUERTE Y LA ATENCIÓN AL DUELO PERINATAL EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA.	22
ACCIONES DE ENFERMERÍA HACIA LA MADRE EN LA MUERTE PERINATAL.	23
Qué hacer y qué no hacer	27
LEYES DE ACOMPAÑAMIENTO PERINATAL	29
CAPITULO II: DISEÑO METODOLÓGICO:	30
Tipo de Estudio:	31
Área de Estudio	31
Variables y/o hipótesis: Definición y operacionalización en Estudios cuantitativos y conjeturas diagnósticas emergentes en cualitativos.	31
Técnicas e instrumentos de recolección de datos	34
Análisis, procesamiento y presentación de datos	34
CAPITULO III: RESULTADOS, DISCUSION Y PROPUESTAS	54
Resumen de los resultados más relevantes:	55
Interpretación de los resultados	57
Propuestas de acción de acuerdo a los resultados y a los objetivos de estudio o apertura a nuevos interrogantes y conjeturas.	58
Bibliografía y Cibergrafía	58



UNCUYO
UNIVERSIDAD
NACIONAL DE CUYO



FACULTAD DE
CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE
ENFERMERÍA

APÉNDICE Y ANEXOS	60
A. ENCUESTA:	61
B. TABLA MATRIZ	64



1. Índice de tablas y gráficos

Tabla n°1. Distribución de frecuencia según SEXO	34
Gráfico n°1	35
Tabla n°2 Distribución de frecuencia de RANGO DE EDAD	35
Gráfico n°2	35
Tabla n°3 Distribución de frecuencia según EN QUÉ SERVICIO SE ENCUENTRAN.	36
Gráfico n°3	36
Tabla n°4 Distribución de frecuencia según NIVEL DE FORMACIÓN ACADÉMICA	36
Gráfico n°4	37
Tabla n°5 Distribución de frecuencia según ANTIGÜEDAD DEL SERVICIO	37
Gráfico n°5	38
Tabla n°6 Distribución de frecuencia según TIENE HIJOS	38
Gráfico n°6	38
Tabla n°7 Distribución de frecuencia según SI CONSIDERA QUE CONOCE EL SIGNIFICADO DE LA MUERTE PERINATAL	39
Gráfico n°7	39
Tabla n°8 Distribución de frecuencia según RESPUESTA CORRECTA DE MUERTE PERINATAL	39
Gráfico n°8	41
Tabla n°9 Distribución de frecuencia según SI HA ATENDIDO ALGUNA PACIENTE QUE HA SUFRIDO DE MUERTE PERINATAL	41
Gráfico n°9	42
Tabla n°10 distribución de frecuencia según SI LA INSTITUCIÓN LE BRINDA CAPACITACIÓN SOBRE EL DUELO Y LA MUERTE PERINATAL	42
Gráfico n°10	43
Tabla n°11 Distribución de frecuencia según SI LA RESPUESTA ES SÍ CADA CUÁNTO RECIBEN CAPACITACIÓN SOBRE EL TEMA	43
Gráfico n°11	44
Tabla n° 12 Distribución de frecuencia según SI LE BRINDAN CONTENCIÓN PSICOLÓGICA A LAS PACIENTES QUE SUFREN MUERTE PERINATAL	44
Gráfico n°12	45
Tabla n°13 Distribución de frecuencia según SI TRABAJAN EN CONJUNTO CON LOS PSICÓLOGOS DEL HOSPITAL CUANDO SUCEDE UNA MUERTE PERINATAL	45
Gráfico n°13	45
Tabla n°14 Distribución de frecuencia según LAS PACIENTES LUEGO DE ESTE SUCESO	46
Gráfico n°14	46
Tabla n°15 Distribución de frecuencia según LUEGO DE SER DADAS DE ALTAS	46



Gráfico n°15	47
Tabla n°16 Distribución de frecuencia según SI POSEEN PROTOCOLO ESTÁNDAR PARA EL ABORDAJE DE LA MUERTE PERINATAL	47
Gráfico n°16	48
Pregunta n°17 habla sobre SI LA RESPUESTA FUE SÍ, MENCIONAR BREVEMENTE:	48
Tabla n°18 Distribución de frecuencia según EN UNA ESCALA DEL UNO AL CINCO SIENDO UNO NADA Y CINCO MUCHO, QUÉ TANTO LE AFECTA A USTED LA MUERTE PERINATAL.	48
Gráfico n°18	49
Tabla n°19 Distribución de frecuencia según REALIZAN ALGÚN PRESENTE O RECUERDO A LAS PACIENTES QUE HAN SUFRIDO DE MUERTE PERINATAL	49
Gráfico n°19	49
Tabla n°20 Distribución de frecuencia según LE GUSTARÍA PODER HACER ALGO MÁS DESDE SU TRABAJO HACIA LAS PACIENTES QUE HAN SUFRIDO DE MUERTE PERINATAL	50
Gráfico n°20	50
Tabla n° 21 Distribución de frecuencia según SI LA RESPUESTA FUE SÍ POR QUÉ MOTIVO SIENTE QUE NO LO PUEDE HACER	50
Gráfico n°21	51
Pregunta n°22 SI MARCÓ OTROS, ESPECIFIQUE CUAL.	51
Tabla n°23 Distribución de frecuencia según MARCA LA OPCIÓN CORRECTA DEL SIGNIFICADO DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA	52
Gráfico n°23	52



Resumen

Esta tesina se realizó con el objetivo de investigar e indagar los conocimientos que poseen los enfermeros acerca del abordaje de enfermería con respecto a la muerte perinatal en el hospital Luis Lagomaggiore específicamente en el área de servicio de neonatología y maternidad mediante una encuesta realizada por nosotras, las autoras de la investigación. Para ello se incluyó información necesaria en el marco teórico para saber el tema que vamos a tratar.

A nosotras como alumnas al momento de hacer prácticas hospitalarias en el Hospital Luis Lagomaggiore nos llamó la atención que un grupo de madres reuniera a el equipo interdisciplinario del servicio de neonatología para darles una charla al personal tanto enfermeros como médicos acerca de su experiencia, del trato negativo que recibieron ellas del equipo interdisciplinario con respecto a la muerte de sus hijos fallecidos.

La muerte perinatal es un tema de bastante interés en el ámbito de la maternidad por eso es importante saber cuál es el conocimiento del equipo de enfermería con respecto a las acciones que se requieren en momentos tan difíciles como la muerte de un recién nacido.

CAPITULO I



INTRODUCCIÓN

El trabajo a continuación, es realizado por estudiantes de quinto año de la carrera Licenciatura en enfermería, el mismo se tratará sobre el abordaje de Enfermería con respecto a la muerte perinatal, incluye conocimientos aprendidos a lo largo de los cinco años de la carrera, la cual hemos elegido con mucho orgullo y responsabilidad. Como es nuestro último trabajo antes de recibirnos, nos parece de gran importancia abarcar todos los conocimientos aprendidos en este tiempo, ya que sin duda éste, marcará un antes y un después en nuestras vidas.

Para muchas mujeres el embarazo es una de sus ilusiones más grandes en la vida, haciendo la ilusión de que es una vivencia nueva y encantadora que va a experimentar, desencadenando una fuerte oleada de ansiedad y emociones. Sin embargo, en estos casos del embarazo puede existir un porcentaje de muerte perinatal haciendo una experiencia de la maternidad desafortunada. Cuando ocurre una muerte perinatal se desencadena un conflicto interno en la paciente llevándola inmediatamente a un duelo que va a tener que sobrellevar. Por eso es un desafío para el equipo de enfermería abordar a la madre que sufre la pérdida de su hijo/a fallecido/a.

Las causas y los factores que influyen en la mortalidad perinatal aún son bastante desconocidos pero su frecuencia demuestra la necesidad de reconocer la importancia de preparar a las enfermeras para brindar atención de duelo de calidad a las familias que han sufrido esta pérdida. (9)

Los padres se enfrentan al cambio de meses de planificación y expectativas que dan paso a la incomprensión de dar a luz a un bebe sin vida. Este largo proceso comienza con la notificación de la muerte fetal, sigue con los cuidados durante el trabajo de parto y continúa en casa por un periodo variable que puede durar varios años o incluso décadas. Esta pérdida comprende pérdidas múltiples, incluida la pérdida de esperanzas y



sueños futuros, la pérdida de la autoestima, la pérdida del papel parental anticipado y la ansiedad por la posible pérdida de la capacidad de concebir en el futuro. Para todos los padres que esperan dar la bienvenida a una nueva vida en su familia, volver a casa del hospital con los brazos vacíos es la experiencia más devastadora que puede ocurrir. (9)

Elegir este tema nos hace entender que el equipo de enfermería es una pieza importante en el equipo interdisciplinario para el abordaje hacia las pacientes que sufren muerte perinatal. Llevando una educación al mundo sobre qué podemos o que sugerimos hacer en momentos tan difíciles como la pérdida de un hijo/a.



Descripción del problema:

En la provincia de Mendoza, hospital Lagomaggiore en el área de maternidad y neonatología se presencia día a día la muerte perinatal, madres que pierden a sus hijos por complicaciones patológicas, lo que conlleva que éstas puedan padecer trastornos depresivos. En los últimos años se han visto grupos de madres que han sufrido estas pérdidas yendo al Hospital Lagomaggiore a brindar charlas al personal de salud con respecto a su descontento con el trato brindado hacia ellas cuando las mismas sufrieron la muerte de sus hijos/as. Como alumnas nos inspiramos en esas madres para hacer esta investigación acerca de cómo es el abordaje del personal de enfermería hacia las madres que sufren muerte perinatal, si tienen capacitaciones o protocolos que ayuden a sobrellevar esta situación.

Justificación:

El tema que se está investigando tiene suma importancia ya que es un tema que se inspiró en madres que tomaron la iniciativa de ir al Hospital Lagomaggiore a exponer los tratos negativos que les dieron a ellas. Es importante investigar si el personal de enfermería tiene los conocimientos necesarios para el abordaje a madres con muerte perinatal, si se puede ayudar o no a la madre que sufre este evento inesperado, como podemos reducir los factores negativos que ocurren después de una muerte perinatal con un abordaje de enfermería correcta. Si hacemos esta investigación nos va a brindar la información si el Hospital Luis Lagomaggiore brinda o no protocolos y capacitaciones a los enfermeros para mejorar su trato hacia las pacientes que sufren muerte perinatal.



OBJETIVOS:

✓ Objetivo General:

- Determinar el conocimiento de los enfermeros de maternidad y neonatología con respecto a las madres que han sufrido la muerte perinatal en los hospitales Luis Lagomaggiore en el año 2023.

✓ Objetivos específicos:

- Indagar sobre herramientas, capacidades y nivel de conocimiento de los enfermeros del servicio de neonatología y maternidad, con respecto a las madres que sufren de muerte perinatal.

- Examinar cómo es la percepción y forma de actuar de los enfermeros frente a la muerte perinatal.

- Investigar con respecto a protocolos y capacitación brindados por los nosocomios sobre la contención hacia la madre con respecto a la muerte perinatal.

- Identificar y analizar la suficiencia de las capacitaciones.



MARCO TEORICO

EMBARAZO

En el embarazo ocurren importantes cambios biológicos, somáticos, psicológicos y sociales que influyen en la dinámica psíquica individual, además de influir a su vez en las relaciones sociales de la gestante, la manera en la que ella vive estos cambios, repercuten de forma directa en su vivencia sobre la maternidad. (1) La definición de embarazo a término es aquella gestación comprendida entre las 37 semanas (259 días) y 42 semanas (294 días), ésta se calcula contando desde el primer día del último periodo menstrual, lo que hace que se cuente como comienzo del embarazo 2 semanas antes de la ovulación y casi 4 semanas antes de la implantación. (1) Como lo dicho anteriormente en el embarazo ocurren cambios biológicos y psicológicos.

En la parte fisiológica hay cambios en el cuerpo hacia la adaptación al bebé, ocurren cambios a nivel del aparato respiratorio como una disminución de la capacidad pulmonar total, al nivel de los riñones y vías urinarias con un aumento en el flujo sanguíneo renal y aumento de la filtración glomerular, en el sistema linfohemático ocurre un aumento en la volemia; en el sistema digestivo hay una disminución del tránsito intestinal; en el metabolismo sucede el aumento de masa corporal y aumenta la liberación insulina produciendo así diabetes gestacional; en el sistema cardiovascular ocurre el aumento del gasto cardíaco y el tamaño cardíaco; o en el sistema nervioso que aumenta la somnolencia. (2)

En la parte psicológica vemos que hay cambios de humor. En los primeros meses, es normal que la mujer sufra cambios de humor y se sienta a menudo irritada sin que, aparentemente, exista una razón. Esto se debe tanto a los cambios hormonales típicos de esta etapa, que aumentan la sensibilidad de la mujer, como a las preocupaciones respecto a la evolución del embarazo y a la salud de su bebé, que suelen surgir durante el primer trimestre. Emociones negativas como miedo o ansiedad. Durante el tercer trimestre, la cercanía del parto puede reavivar las preocupaciones y temores por la salud del bebé y por la capacidad para cuidarlo adecuadamente, al tiempo



que la embarazada comienza a sentirse más impaciente por conocerle. En ocasiones, puede darse también un estado de ánimo depresivo en la mujer embarazada. No obstante, los anteriores sentimientos dependen de factores como la personalidad de la madre y las circunstancias de su embarazo. Emociones positivas como la alegría, el orgullo y la ilusión. Son frecuentes desde el momento en que se conoce el embarazo. (3)

MUERTE PERINATAL

El embarazo es una experiencia única en la vida de las mujeres, trae con ella cambios en toda la dinámica vivencial de la futura madre, mientras el cuerpo experimenta transformaciones de gran magnitud. Tratándose de una experiencia tan motivante como la de engendrar vida, la afectividad se ve intensamente comprometida. Sin embargo, y contrario a esos sentimientos, la muerte fetal o neonatal suelen sobreponerse a la experiencia de la maternidad. Cuando ocurre una muerte perinatal se afecta la base de la estructura familiar, el hecho desencadena un proceso de duelo que representa un proceso doloroso para los padres. La puérpera que se encuentra experimentando un duelo y representa un desafío para el profesional de enfermería, ya que los cuidados particulares están a nivel emocional de la paciente además de proporcionar cuidados integrales al grupo familiar, a fin de favorecer el proceso natural del duelo tanto en la puérpera como en la familia que representa(4)

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) define la muerte o pérdida perinatal como la interrupción de la vida que se da entre la etapa prenatal tras las 28 semanas de gestación y la etapa neonatal hasta los 7 días de vida. Sobre esta definición, la OMS añade la definición de muerte perinatal ampliada, que extiende la muerte perinatal hasta los 28 días de vida. (5).

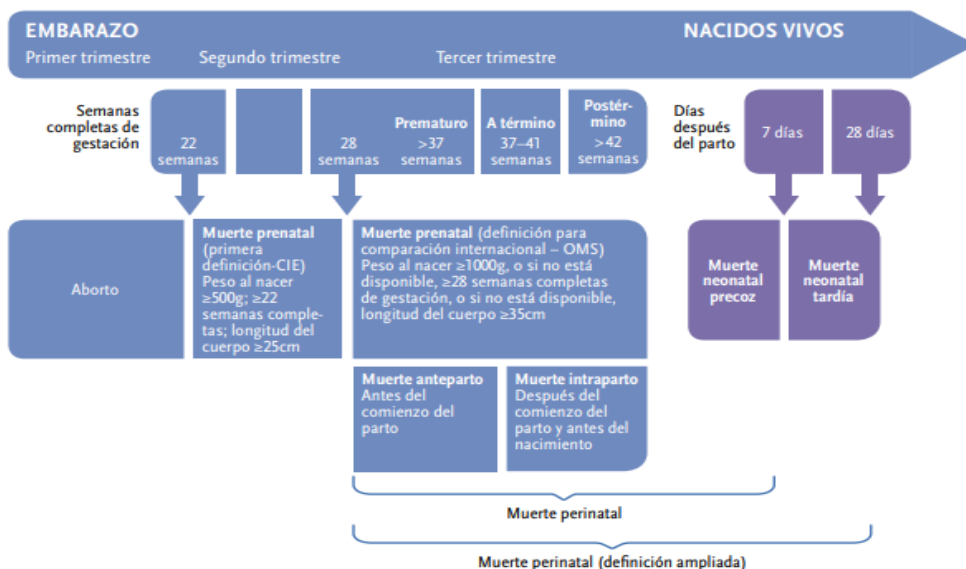
Debemos tener en cuenta que la muerte perinatal abarca un amplio periodo de tiempo que se divide y subdivide en varias etapas: cuando la pérdida tiene lugar en la etapa prenatal, es decir, antes del nacimiento, se define como muerte fetal, y está, a su vez, se subdivide en tres etapas: temprana (antes de la semana 20 de gestación), intermedia (entre las semanas

20 y 27) y tardía (una vez supera las 28 semanas de gestación). Por otro lado, la muerte perinatal también incluye la que se considera como etapa neonatal. Este es el período que comprende desde el momento del nacimiento hasta los 28 días de vida. Así pues, cuando la pérdida tiene lugar en este periodo de tiempo se divide en muerte neonatal temprana (los primeros 7 días de vida) y muerte neonatal tardía (desde los 7 días hasta los 28 días de vida) (5).

La gran variabilidad que existe en las definiciones en torno a la muerte perinatal dificulta el estudio de su casuística. En este sentido, la OMS recomienda notificar las muertes fetales tardías o mortinatos de $\geq 1000\text{g}$ de peso al nacer, ≥ 28 semanas completas de gestación o $\geq 35\text{cm}$ de longitud corporal para facilitar su registro. Sin embargo, también existe la recomendación de notificar muertes por debajo de estas cifras con el fin de proporcionar mayor visibilidad de los datos acerca de la mortalidad infantil (5).

Imagen extraída de la Guía para que cada bebé cuente; publicada por la OMS (6):

FIGURA 2.1. Definiciones del resultado del embarazo



Los tipos de pérdidas perinatales pueden ser

Aborto espontáneo: Se define como la terminación natural del embarazo antes de que el feto sea viable. Se estima que entre el 15 y el 25% de los embarazos terminan en aborto, la mayoría de los casos antes de las 12 semanas de gestación (30-31). Aunque no siempre resulta traumática, la pérdida puede



acompañarse de fenómenos de duelo, de intensidad y duración relacionada con la edad gestacional (7).

Aborto voluntario: Terminar un embarazo por voluntad propia también puede desencadenar una reacción de duelo que recibe una creciente atención en la literatura. Poppers fue el primero en documentar la respuesta de duelo tras aborto voluntario y encontró que las puntuaciones eran similares a las de mujeres que habían tenido un aborto espontáneo, un mortinato o una muerte neonatal (7).

Interrupción voluntaria de embarazo por problemas del feto o amenaza para la salud materna: gran parte de estas pérdidas se produce cuando los padres saben que el feto porta alguna malformación o enfermedad. Las mujeres que toman la decisión de abortar se ven abrumadas por sentimientos de culpa y vergüenza, no sólo por haber gestado un feto defectuoso, sino por haber decidido su muerte (7).

Reducción selectiva en embarazos múltiples: Los embarazos múltiples suelen ser producto de técnicas de fertilidad, lo que implica que las parejas cuentan ya con una historia de pérdidas o frustraciones. Si la supervivencia de todos los fetos es inviable se practica una reducción entre las semanas 10 y 12, por inyección letal (7).

La pérdida por feto muerto intraútero, intraparto (mortinato): La muerte fetal, ya sea intraútero o en el parto desencadena, varias pérdidas que funcionan como estresores. La principal es el bebé ansiado, pero hay otras pérdidas colaterales importantes: el momento de convertirse en padre o madre, el rol de padre o madre si es el primer hijo, la composición familiar como se imaginaba, el reconocimiento de ese hijo en la mente de los demás pese al tiempo transcurrido, la confianza en la seguridad de otros hijo, la inocencia respecto al embarazo y parto, los amigos o familiares que no estuvieron a la altura y negaron la relevancia de la pérdida, el derecho a mencionar ese hijo en ciertos lugares y el contacto y la posibilidad de crear recuerdos(7).

Pérdida en embarazos múltiples: la mortalidad perinatal en embarazos múltiples es 7- 8 veces superior a la del embarazo único. Las expectativas de los progenitores y el interés de los allegados convierten a esta gestación en especial(7).



La pérdida del neonato: aparecen inesperadamente durante el parto o en las primeras horas o días de vida del neonato. En ambos casos los progenitores y los profesionales se enfrentan a una situación que podría considerarse de duelo anticipatorio (7).

DUELO

Concepto de duelo:

"La pérdida de un familiar y/o un ser querido con sus consecuencias psicoafectivas, sus manifestaciones exteriores y rituales y el proceso psicológico evolutivo consecutivo a la pérdida"

Borgeois, 1996 (10)

Proceso De Duelo

El duelo ocurre o se inicia inmediatamente después, o en los meses siguientes a la muerte de un ser querido y está limitado a un período de tiempo que varía de persona en persona (no se extiende a lo largo de toda la vida). (10)

El duelo no siempre es consecutivo al fallecimiento. En múltiples casos el carácter previsible de la muerte del ser querido, provoca una reacción emocional que se denomina "duelo anticipado". Esta situación puede atenuar el choque emocional frente al deceso y facilitar la resolución del duelo posterior o bien estrechar la relación entre el moribundo y el doliente intensificando el posterior sentimiento de pérdida y complicando la correcta evolución. (10)

El trabajo psicológico del duelo es un proceso complejo, que implica deshacer los lazos contraídos con el ser querido, para enfrentarse al dolor de la pérdida; es en esta actitud en la que la persona entra realmente en el proceso personal del duelo. (10)

Todas las personas que sufren pérdidas afectivas atraviesan un proceso de duelo y es inevitable sentir tristeza ante semejante acontecimiento. En el duelo la pérdida es real, o sea que se pierde un objeto del mundo externo y se



sabe cuál es, la persona comienza con conductas anormales (no patológicas), que supera con el paso del tiempo. Hay una menor productividad y el mundo queda pobre y vacío. (10)

Etapas Del Duelo

Se ha determinado que la persona que sufre la muerte de un ser querido pasa por un proceso que tiene diversas etapas, éstas son: (10)

- Fase de impacto (Silverman) o impasibilidad (Parkes y Clayton): de pocas horas a una semana.
- Fase de depresión (Clayton) o de repliegue (Silverman): de un mes a un año.
- Fase de recuperación, curación o restitución: después del año.

Fase De Impacto: dura de pocas horas a una semana después del deceso, que puede cursar tanto con embotamiento como con liberación emocional intensa, no siendo consciente de lo sucedido y mostrando una conducta semiautomática. (10)

Es el momento de los ritos sociales y familiares del duelo que facilitan la resolución de esta fase. Desde el punto de vista psicopatológico, la ansiedad es la emoción predominante produciéndose igualmente un estrechamiento del campo de la conciencia. (10)

Fase de "repliegue" o depresiva: se prolonga a lo largo de varias semanas o meses, se inicia con sintomatología depresiva inhibida, seguida de episodios de protesta-irritación y aislamiento. (10)

Los rituales socio-religiosos han finalizado, la persona se encuentra sola ante la realidad de la pérdida y frecuentemente con la exigencia social imperiosa de reincorporación inmediata a su vida habitual: retorno al trabajo, cuidado de los familiares a su cargo, etc. (10)

Durante este período el estado de ánimo es superponible al de un trastorno depresivo. (10)



Fase de "recuperación": se produce al cabo de seis meses o un año. (10)

Durante la misma se retorna al nivel de funcionamiento previo, siendo capaz el deudo del establecimiento de nuevos lazos afectivos. Frecuentemente esta etapa coincide con el primer aniversario del deceso, produciéndose en este período una intensificación emocional en la línea de la nostalgia, tristeza, llanto, recuerdo doloroso, etc., que duran unos días y que finalmente marcan el final del duelo. Hay ciertos factores que pueden influir en cómo la persona atraviese el duelo. (10)

Factores que influyen en el curso de la reacción de duelo: (10)

- La personalidad de deudo;
- La naturaleza de vínculo de relación;
- El tipo de muerte;
- Los antecedentes personales del deudo;
- Las características del entorno.

Cuadro Clínico.

La reacción normal ante la pérdida de un ser querido, es con frecuencia un trastorno depresivo típico, caracterizado por: (10)

- Bajo estado de ánimo;
- Sentimientos de culpa (lo que se pudo hacer);
- Deseos de muerte (morir en su lugar o con ella);
- Trastornos sensoperceptivos (alucinaciones auditivas);
- Anorexia;
- Pérdida de peso;
- Insomnio;
- Abandono de sus actividades socio-laborales.

La Asociación Americana de Psiquiatría (APA), señala, que cuando el cuadro depresivo persiste más de dos meses desde el fallecimiento y concurren otros síntomas (expresados a continuación), se debe plantear el diagnóstico de "trastorno depresivo mayor". (10)



Diagnóstico de trastorno depresivo mayor en el duelo

- La culpa por las cosas más que por las acciones, recibidas o no recibidas por el superviviente en el momento de morir la persona querida.
- Pensamientos de muerte más que voluntad de vivir, con el sentimiento de que el superviviente debería haber muerto con la persona fallecida.
- Preocupación mórbida con sentimiento de inutilidad.
- Enlentecimiento psicomotor acusado. (fatiga, pérdida de energía)
- Deterioro funcional intenso y prolongado (concentración, pensar)
- Experiencias alucinatorias complejas y persistentes.
- Irritabilidad.
- Aumento o disminución de peso.
- Insomnio o sueño efectivo. (10)

La duración del mismo, como se citó anteriormente, inicia a las pocas horas de la muerte del ser querido y tiende a desaparecer al cabo de seis meses a un año del evento. (10)

Cuando los síntomas no desaparecen al final de este tiempo, o son de características diferentes a las esperadas, podemos entonces hablar de un duelo patológico. (10)

Tipos de duelo patológico:

1. Duelo complicado o no resuelto: El duelo complicado o no resuelto es aquel en el que se dan alteraciones en el curso e intensidad de duelo, ya sea por exceso o por defecto. (10)
 - Excesivo: manifestaciones exacerbadas o atípicas, duración más allá de lo socialmente aceptado.
 - Defecto: ausencia de manifestaciones de pesar.

Autores como Bourgeois, distinguen diferentes modalidades del duelo complicado, algunas de las cuales se superponen entre sí. (10)

Tipos de duelo complicado son:

- Duelo ausente o retardado



- Duelo inhibido
- Duelo prolongado o crónico
- Duelo no resuelto
- Duelo intensificado
- Duelo enmascarado
- Reacciones de aniversario

Los mismos se definen de la siguiente forma:

- Duelo ausente o retardado: Se produce una negación del fallecimiento con una esperanza infundada de retorno del finado, padeciendo un intenso cuadro de ansiedad y deteniéndose la evolución del duelo en la primera fase.
- Duelo inhibido: Se produce una "anestesia emocional", con imposibilidad de expresar las manifestaciones de la pérdida.
- Duelo prolongado o crónico: Con persistencia de la sintomatología depresiva, más allá de los 6-12 meses. El duelo se detiene en la segunda fase.
- Duelo no resuelto: Similar al anterior, permaneciendo el paciente "fijado", en la persona fallecida y en las circunstancias que rodearon su muerte, sin volver a su vida habitual. El duelo se ha detenido entre la segunda y tercera fase.
- Duelo intensificado: Se produce una intensa reacción emocional tanto precoz como mantenida en el tiempo.
- Duelo enmascarado: Se manifiesta clínicamente por síntomas somáticos.
- Reacciones de aniversario anormalmente dolorosas: Más allá del primer año, se presupone que las reacciones de aniversario, no deben conllevar un serio recrudecimiento de las emociones. (10)

2. Duelo Psiquiátrico.

En esta forma de duelo, se produce la aparición de un verdadero trastorno psiquiátrico, cumpliendo todos los criterios para su diagnóstico. (10)



Ciertos autores señalan, que las personalidades de tipo narcisista tienden a sufrir esta modalidad de duelos porque son particularmente sensibles a la pérdida de sus objetos amados. (10)

Tipos de duelo psiquiátrico:

- Histérico
- Obsesivo
- Melancólico
- Maníaco
- Delirante

Y se explican de la siguiente manera:(10)

- Histérico: El deudo se identifica con la persona fallecida, presentando el mismo cuadro que motivó su fallecimiento.
- Obsesivo: La ambivalencia emocional a la que normalmente se enfrenta la persona obsesiva, crea en él fuertes sentimientos de culpa, que suelen abocar a una depresión grave y prolongada.
- Melancólico: Este cuadro clínico destaca, la pérdida de la autoestima y la ideación suicida.
- Maníaco: (Manía del duelo) Se produce un cuadro de excitación psicomotriz y humor expansivo que evoluciona posteriormente a un cuadro depresivo.
- Delirante: insiste y mantiene la idea del fallecimiento de la persona.

Los expertos insisten en que "casi todos los trastornos mentales pueden encontrarse como manifestación del duelo patológico, en personas que no habían sufrido ninguna patología psiquiátrica previa". (10)

Predictores del duelo patológico:

Aunque no existe unanimidad en la bibliografía consultada, acerca de las variables pronóstico que van a provocar la transformación de una reacción de pesar normal en una reacción de duelo patológico, señalaremos las siguientes. (10)



- La falta de salud física o mental previa
- La ambivalencia afectiva con agresividad
- Duelos repetidos
- Mayor fragilidad en el varón
- La muerte repentina
- La falta de salud física o mental previa es el mejor predictor de desenlace negativo. Aumenta el riesgo de suicidio en sujetos alcohólicos.
- La ambivalencia afectiva con agresividad en la relación preexistente con el difunto.
- La frecuencia de duelos repetidos.
- Se acepta una mayor fragilidad en el varón con respecto a la mujer.
- La muerte repentina no es un factor general que acentúe la intensidad de los desajustes de los familiares. Incluso la prolongación de la enfermedad terminal, puede provocar con mayor facilidad un desenlace negativo. (10)

Además, el duelo patológico se puede observar con la presencia de los siguientes síntomas de alarma: (10)

- Ideas de suicidio en el primer mes
- Retardo psicomotor
- Culpabilidad morbosa

Evaluación clínica y tratamiento.

Retomando lo anterior, podemos decir que el duelo es un evento común luego de que se da el fallecimiento de una persona allegada, pero es necesario mantener vigilancia sobre las personas que lo viven para así prevenir el duelo patológico. A continuación, se enlistan los objetivos de la valoración clínica con respecto al duelo patológico. (10)

- La gravedad del cuadro depresivo;
- La presencia de un trastorno psicótico;
- La existencia de alcoholismo u otra drogodependencia;



- El riesgo suicida. (10)

Consideramos que es muy importante conocer los tipos de duelo, sus síntomas y los tiempos en el que ocurre, ya que los enfermeros somos los profesionales de la salud que más tiempo pasa con las madres que transitan un duelo por muerte perinatal, para así poder identificarlos correctamente y poder tomar las medidas correctas para acompañar este momento tan difícil, y saber avisar a tiempo al médico o personal de psiquiatría de la institución pertinente.



EL DUELO POR LOS HIJOS

Duelo por los hijos.

El impacto es enorme, aún mayor en las muertes traumáticas (accidentes, violencia...). (10) Se investigó que hay marcadas diferencias entre las reacciones de las madres y los padres: las reacciones de duelo en las madres son más fuertes y más prolongadas, por lo tanto, la muerte de un infante hace que la familia sea propensa a desarrollar problemas a corto y/o largo plazo en su adaptación a la pérdida. Por esto, se llegó a la conclusión de que se necesita un esfuerzo integrado por parte de los profesionales de la salud para desarrollar formas sistemáticas de ayudar a las familias a afrontar la muerte de un niño. (11)

La relación de parentesco resultó significativa en cuanto a la dificultad de afrontamiento de la pérdida, resultando mucho mayor en el caso de las de los hijos. Influye en las relaciones con los otros hijos supervivientes y con el cónyuge. Se producen cambios en la pareja. Puede intensificarse el apoyo mutuo, tornarse conflictiva e incluso dar lugar a una separación. A veces el duelo puede reactivarse por el alejamiento, independencia o enfermedades posteriores de otros hijos. Estas muertes marcan a los descendientes nacidos más tarde, así como el duelo por los abortos o los hijos no nacidos; la influencia de estos fenómenos es profunda, aunque no siempre evidente en apariencia. Las readaptaciones, aunque resulten exitosas, pueden rastrearse claramente en la historia biográfica o en posteriores consultas. (11)

Hay circunstancias que llevan a reactivaciones muy tardías. Las enfermedades prolongadas de los niños, marcan mucho a los padres y al medio familiar, en ocasiones, este proceso dilatado permite un duelo anticipado; en otros casos es con posterioridad cuando pueden expresarse y elaborarse los sentimientos de dolor, después de una etapa marcada por el cuidado, apoyo, lucha contra la enfermedad. (11) Hay estudios que destacan la prolongación de la resolución de la pérdida de los hijos en la infancia. (12)

En general estos duelos pueden manifestarse a lo largo del proceso terapéutico y dar lugar a duelos complicados. (11)



ENFERMERÍA Y EL DUELO

- El profesional de enfermería ante el duelo por muerte perinatal (4)

Enfermería cuida al ser humano en la salud y en la enfermedad, desde la concepción hasta la muerte. En el área de obstetricia, es determinante el cuidado a la puérpera y la actitud del profesional, especialmente cuando el producto de la concepción fallece antes de nacer o en los primeros minutos de vida. (4)

En el estudio “El profesional de enfermería ante el duelo por muerte perinatal” se investigó a los enfermeros, para determinar la relación que existe entre la actitud del profesional de enfermería ante el manejo del duelo en su factor emocional, cognitivo y conductual y el cuidado ofrecido a la puérpera en duelo por muerte perinatal en su factor necesidades psicológicas y necesidades espirituales. (4)

Y se obtuvo la siguiente conclusión

El cuidado de la dimensión espiritual del paciente en proceso de duelo requiere especial atención de parte del profesional de enfermería. De acuerdo con expertos en la temática, la fuerza y la esperanza para superar el dolor por la pérdida de un hijo provienen precisamente del ámbito espiritual ya que allí está fundamentado el sentido de la vida y en la dimensión religiosa, la relación con el ser superior y trascendental que da soporte espiritual en momentos de dolor. (4)

Es necesario preparar al profesional de enfermería en conocimientos, habilidades y destrezas en cuanto al manejo del proceso de duelo tanto en el momento de su formación académica como durante su desempeño como profesional, por lo cual es importante revisar los pensum de estudios para hacer el diagnóstico respectivo y la solución al mismo de manera que los estudiantes puedan contar con una formación sólida en cuanto al manejo del duelo durante toda su formación. (4)



VIVENCIA DE PERSONAL ENFERMERO POR MUERTE PERINATAL

La muerte perinatal desde el ámbito institucional es un hecho de difícil confrontación tanto para los padres quienes experimentan la pérdida, como para el personal de salud que presencia el evento. (14)

La teoría de Kristen Swanson, considera que la meta de la enfermería es brindar cuidado a la mujer y su núcleo familiar, de manera significativa para ayudarla en la aceptación de la muerte de un ser querido. El apoyo que el personal de salud brinda a los padres y la familia, es significativa en la aceptación de la pérdida y la elaboración del duelo. (14)

Durante muchos años, cuando los profesionales de salud se encontraban ante una muerte perinatal, lo más habitual era que la madre fuera sedada y, al nacer el bebé se le retiraba lo antes posible de la sala de parto. De este modo se pretendía evitar o reducir el dolor de la madre por la muerte de su bebé. Se pensaba que lo mejor era que no tuviese ningún contacto con el hijo fallecido, eliminar cualquier indicio de su existencia y evitar así que formara algún tipo de apego con él, por mínimo que fuera López García (2011). (15)

Algunos trabajos de investigación han demostrado que ésta no es la forma más conveniente de actuar, ni la más humana. El primer artículo sobre el sufrimiento de los progenitores apareció en 1959 (Elia, 1959 "The management of grief situations in obstetrics"), el cual recogía las dificultades del obstetra frente a la muerte fetal antes, durante y después del parto, hacía recomendaciones humanistas sobre su abordaje y la atención a la pareja y mencionaba la pena del propio médico. Sugería informar a la madre acerca del parto y el bebé cuando despertase de la anestesia, pero no hablaba de verlo o tomarlo en brazos. A finales de los años 60, el duelo perinatal o neonatal fue adquiriendo importancia a nivel clínico y científico, con la publicación del artículo "Los efectos psicológicos del mortinato sobre las mujeres y sus médicos", su autor (Burne, 1968), describió los efectos psicológicos de la pérdida sobre las mujeres y planteó el concepto del ángulo ciego, para referirse a la recomendación médica de pasar por el trance simulando que nada había sucedido, pues el objetivo era que los progenitores olvidaran cuanto antes lo sucedido y buscaran rápidamente un nuevo



embarazo.(15)

Tiempo después recomendaron que los progenitores vieran y tomaran en brazos al bebé muerto y propusieron desarrollar grupos de apoyo para los padres afectados. Estudios más recientes como el realizado por Toledo y colaboradores en el año 2004, encontraron que muchos padres manifestaron tras la muerte de su hijo, su deseo de verlo o incluso acariciarlo. Sin embargo, una minoría lo considera como algo muy desagradable y no se encuentran preparados para tener contacto con el hijo muerto, sobre todo si el niño presenta alguna malformación o no se encuentra en buen estado. Aunque el contacto físico con el hijo o tener acercamiento a los objetos relacionados con él son elecciones que ayudan a muchos padres a desarrollar de manera adecuada el proceso de duelo, estas acciones no son elegidas por todos los padres por lo que no se debe nunca presuponer o limitar las elecciones paternas respecto a las conductas tras la muerte perinatal.(15)

La Academia Americana de Pediatría en la década de los 1970 propuso protocolos para las intervenciones ante el duelo y para ayudar a las familias a encontrar un significado apoyándolas durante su pena. Los programas de duelo garantizan una atención de calidad para las familias, ofreciendo rituales como bautizos, toma de fotografías y de huellas, mechón de cabello y otros. (15)

CONCLUSIONES QUE SE OBTUVIERON

Acompañar y cuidar a los padres que han sufrido una pérdida perinatal no es algo que deba improvisarse, por lo que es necesaria una formación específica sobre duelo perinatal, habilidades de comunicación y técnicas de relación de ayuda. La formación es la clave que permitirá a los profesionales de la salud gestionar de un modo constructivo el soporte que se le pueda ofrecer a la familia que enfrenta la pérdida de un hijo. La enseñanza principal de esta situación de enfermería fue aprender a estar, aprender a escuchar, comprender y respetar el dolor experimentado por una mujer al perder su hija, permitiendo una comunicación auténtica entre el que cuida y el sujeto de cuidado.(15)



ANÁLISIS DEL IMPACTO DE LA MUERTE Y LA ATENCIÓN AL DUELO PERINATAL EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA.

Una revisión sistemática

Dicho estudio, se ocupó de Analizar el impacto que la muerte y Atención al Duelo Perinatal produce en los enfermeros que prestan dichos cuidados. Con la presunta hipótesis de que la muerte y la atención al duelo perinatal afectan a los profesionales de enfermería quienes, además perciben una serie de carencias que impiden la prestación adecuada de estos cuidados. (16)

El estudio no se realizó evaluando a enfermeros, se realizó una revisión sistemática de estudios cualitativos y revisiones sistemáticas y bibliográficas, cuyo objeto de estudio fuera la Atención al Duelo Perinatal desde la perspectiva de los profesionales de enfermería, y los resultados constataron que la atención al duelo perinatal conlleva la aparición de sentimientos negativos en el personal de enfermería entre los que destacan la inseguridad, la frustración y la insatisfacción laboral. Así mismo, es una gran fuente de estrés y ansiedad que repercute en la salud física y puede causar el abandono de la profesión. La gestión de estas emociones y del estrés por parte de las enfermeras y matronas es inadecuada debido principalmente a un desconocimiento de las estrategias de afrontamiento más efectivas o a que estas no son factibles en la unidad de trabajo debido a su infraestructura, su dinámica o a la creencia de que las respuestas emocionales son inadecuadas y poco profesionales. (16)

A menudo resulta difícil proporcionar unos cuidados correctos al duelo perinatal debido a que, siendo una necesidad poco reconocida, no se destinan los recursos necesarios y los conocimientos de los profesionales son escasos o nulos guiándose principalmente por su propia intuición. Los efectos físicos y emocionales que alteran la salud de las enfermeras y matronas también repercute en la calidad de los mismos. Las diferencias en las reacciones de los padres, las distintas culturas y la comunicación cuando los padres no hablan el idioma, son otras barreras que obstaculizan a las enfermeras y matronas el proporcionar unos cuidados correctos al duelo perinatal. (16)



Con dicho estudio se llegó a la siguiente conclusión

La atención a la muerte y el duelo perinatal afecta negativamente al personal de enfermería quien carece de los conocimientos sobre los cuidados adecuados y las estrategias de afrontamiento emocional. Debido a esto, los padres reciben una atención errónea que puede ser perjudicial para el desarrollo de su proceso de duelo. Las instituciones sanitarias no reconocen estos efectos adversos hacia los pacientes y los profesionales, ni la necesidad de estos últimos de fomentar la formación y protocolización de estos cuidados. Además, en el ámbito nacional existe una escasez de protocolos y donde están implantados su eficacia no está suficientemente evaluada por lo que sería preciso hacerlo en futuras investigaciones. Esta revisión también deja constancia de la escasez de trabajos cuyo objeto de investigación sea la muerte y duelo perinatal en la figura paterna, y la falta de desarrollo de los cuidados transculturales en la muerte perinatal, por lo que sería interesante ampliar los estudios sobre estos temas.

(16)

ACCIONES DE ENFERMERÍA HACIA LA MADRE EN LA MUERTE PERINATAL

El concepto y las teorías de duelo son guías que deben conocer los profesionales de la enfermería y aplicarlas al planificar el cuidado a ofrecer, diagnosticando no solo las necesidades físicas sino también las emocionales y espirituales de las puérperas y familiares, para de esta manera planificar actuaciones que les ayuden a comprender y a enfrentarse al duelo y ofrecer un cuidado de enfermería de calidad y oportuno consono con las necesidades de la paciente. (4)

El equipo de enfermería cumple un rol muy importante en el equipo interdisciplinario al momento de que la paciente pierde un hijo/a, una de cada cinco familias experimenta duelo complicado y otros trastornos de tipo psicológico, por eso, es muy importante mantener un seguimiento escrupuloso, vigilando la aparición de sintomatología que revele severa alteración del estado anímico debido



a que la muerte neonatal provoca una experiencia demoledora en la madre y la familia. Como profesionales de la salud debemos abordar este acontecimiento de la manera más delicada y empática posible. La literatura revisada ha puntualizado la importancia de la realización de una intervención adecuada y en el momento idóneo a progenitores y familiares. (8)

En primer lugar, se sugiere el uso de un lenguaje claro y sencillo, proporcionando toda la información que precisen los padres y familiares y respondiendo de forma sincera y honesta a las dudas que a los mismos les pudieran surgir siempre. Así, el personal de enfermería debe ofrecer seguridad y confianza con un lenguaje adecuado dependiendo del momento. (8)

El primer momento para abordar es la notificación del fallecimiento. Por ello, es muy importante que se encuentren los dos progenitores en ese momento y dar la noticia a ambos. Posteriormente, una vez conocida la noticia, se recomienda procurarse un espacio y un breve tiempo para la reacción emocional de shock, que es difícil de procesar. (8)

Como nos dicen en muchas teorías existen varias fases del duelo, pero como bien se sabe no siempre se darán todas las fases o no es un transcurso lineal, cada persona lleva su duelo a su manera. Para abordar este tipo de acontecimiento el protocolo de actuación debe tener la máxima utilidad sobre el suceso, se sugiere que: (8)

- Acompañar y ofrecer apoyo psicológico a los padres y a los familiares que lo necesiten, como ya se ha señalado siempre desde una base sólida y que genere confianza, para que todos puedan expresar cómo se sienten, cuáles son sus miedos, cuáles son sus temores y qué es lo que realmente están pensando en ese momento. (8)
- Brindar información a los padres y familiares para que puedan aclarar todas las dudas e incertidumbres que se les presenten, mostrando una actitud receptiva ante las preguntas expresadas por los mismos. Además, es importante darles la información por escrito debido a que la reacción emocional puede dificultar la retención de la misma. (8)
- Ofrecer a los padres de forma sensible la posibilidad de que vean, conozcan



y abracen a su hijo y se despidan de él con calma. Se debe ofrecer más de una vez, aunque no hacerlo en exceso. Aunque muchos de los padres que no ven a los hijos fallecidos después se arrepienten de transcurrido un tiempo, la enfermera debe tener claro en todo momento que la decisión final depende de ellos. (8)

- Hacer cajitas decoradas para guardar los máximos recuerdos posibles, fotos, huellas dactilares, vestidos y ropas usadas porque suelen facilitar el proceso de afrontamiento del duelo. Éste es un punto que considerar por los padres, en concreto la recopilación de fotos y vídeos en casos de muerte después del nacimiento, debido a que suelen resultar de gran ayuda para los padres, especialmente a medida que pasa el tiempo y la memoria viva del recién nacido comienza a borrarse. (8)
- Evitar el uso del nombre “feto” para referirse al recién nacido, porque no deja de ser el hijo de unos padres que se encuentran en una fase de duelo, de forma que debe usarse el nombre que los mismos habrían elegido o decir “su hijo”. (8)
- Reorientar a los padres en caso de que experimenten tanto síntomas somáticos como psicológicos y sentimientos desagradables, situaciones que son normales en esos momentos. (8)
- Señalar la importancia de expresar los sentimientos y emociones que puedan estar sufriendo en el caso. (8)
- Hacer lo posible que la paciente pase el dolor sola o con su pareja sin llevarla a otras habitaciones donde posiblemente estén otras pacientes con sus hijos.(8)
- Ritual de despedida. Se recomienda la realización de funerales y otros rituales no religiosos adaptados a las creencias de los padres.(8)

No hay un protocolo específico para realizar un acompañamiento compasivo, cada una de las enfermeras y enfermeros tendrá su forma personal, bajo su concepción y comprensión de la pena de los padres y bajo el supuesto concreto ante el que se encuentre. No debemos olvidar que los padres necesitan un espacio seguro en el duelo y que se deben evitar las distancias en la medida posible, a fin de no levantar barreras emocionales ni mantener distancias al



respecto. (8) Cada nosocomio tendría que tener sus intervenciones y protocolos específicos para este tipo de eventualidades.

Las pautas recomendadas para el personal de enfermería son de sumo interés dado que ofrecen un potencial favorecedor para los padres en el proceso del duelo perinatal, siendo las características individuales de los progenitores y su estilo de afrontamiento uno de los factores más importantes a tener en cuenta. La expresión de sentimientos asociados a la experiencia, el apoyo de los familiares y evitar la culpa irracional son otras de las estrategias recomendadas por los expertos. (8)

El sistema sanitario debe continuar trabajando en realizar los cambios necesarios para ofrecer a las familias los cuidados paliativos que merecen cuando se presenta la pérdida perinatal. Aparte de brindar ambientes adecuados (habitaciones de despedida, salas de parto insonorizadas y salas de reanimación también es de suma importancia disponer de protocolos actualizados y unificados, más formación en materia de duelo y acompañamiento a los profesionales de obstetricia. También se debe motivar a las familias para que entiendan que el apoyo del personal profesional es muy necesario para tomar las mejores decisiones en ese momento tan difícil de sobrellevar. (8)

Siempre hay que entender que cada familia lleva un duelo distinto, no todos siguen un mismo patrón de duelo hacia él bebe recién fallecido por eso el personal de enfermería tiene que tener sumamente cuidado, empatía y comprensión al momento del abordaje. No todas las familias van a reaccionar de forma positiva cuando haya un trato con el personal de enfermería, como tampoco no todas las familias van a reaccionar de forma negativa ante el personal. El equipo de enfermería tiene que intervenir de la manera más profesional para lograr un adecuado apoyo emocional hacia los padres. (8)



Qué hacer y qué no hacer: (8)

¿QUÉ HACER?	¿QUÉ NO HACER?
No tener miedo a tocar a los padres.	Tener miedo a tocar a los padres
No dejar que se sientan solos.	Evitar que los padres vean o toquen a su hijo
Tratar a la pareja por igual.	Evitar a los padres por nuestro propio sentimiento de incomodidad
Llamar al recién nacido por su nombre.	Cambiar de tema cuando estos mencionan al recién nacido.
Estar disponibles para escuchar.	Preguntarles cómo se sienten si no se está dispuesto a escuchar
Aceptar los cambios de humor.	Decir que saben cómo se sienten si no han pasado por algo similar
Permitirles hablar del recién nacido cuando lo necesiten.	Presionar durante el proceso de duelo
Asegurarles que hicieron todo lo posible y recibieron los mejores cuidados.	Aconsejar un embarazo lo antes posible
Aconsejar a los familiares y amigos que los inviten a salir	

Nota: Fuente: González-Castroagudín et al. (2013).



¿Qué decir y qué no decir? (8)

¿QUÉ DECIR?	¿QUÉ NO DECIR?
Siento lo que les ha pasado	Se fuerte, no llores
La verdad es que no sé muy bien qué decirles	Eres joven, ya tendrás más
Si lo necesitan, aquí estoy para escucharlos	Ya le olvidarás
Me imagino cuanto querían a su hijo	No es el fin del mundo
No me molesta que lloren	Ahora está en un lugar mejor
	Es la voluntad de Dios o es el destino
	Al menos no llegaste a conocerle
	Mejor ahora que más tarde
	Ya tienes otros hijos
	Debes ser fuerte por tus hijos, esposo, familia
	El tiempo cura todo

Nota: Fuente: González-Castroagudín et al., (2013, p. 54).



LEYES DE ACOMPAÑAMIENTO PERINATAL

Si bien hay múltiples leyes con respecto al acompañamiento perinatal consideramos que las siguientes son las más importantes con respecto a nuestro estudio.

2002 - Ley 25.673. Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación responsable en el ámbito del Ministerio de Salud.

2004 - Ley 25.929. Derechos de padres e hijos durante el proceso de nacimiento.

Ley 25.871. Ley de Política Migratoria Argentina (Art. 6).

2009 - Ley 26.485. Ley de Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en los que desarrollan sus relaciones interpersonales.

2010 - Ley 26.529. Derechos del Paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud.

2015 - Ley 26.873. Lactancia materna. Promoción y concientización pública.

2019 - Ley 27.501. Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres.

2020 - Ley 27.611. Atención y cuidado integral de la salud durante el embarazo y la primera infancia. (17)



UNCUYO
UNIVERSIDAD
NACIONAL DE CUYO



FACULTAD DE
CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE
ENFERMERÍA

CAPITULO II



Tipo de Estudio:

- A. cuantitativo: La investigación que estamos realizando se centra en datos o información numérica, es decir, información medible a través de tablas y gráficos.
- B. Descriptivo: En esta investigación puntualizamos datos y características de los/as enfermeros/as en el área de maternidad y neonatología del hospital Luis Lagomaggiore.
- C. Transversal: La investigación se realiza en un tiempo determinado.

Área de Estudio

La investigación se llevará a cabo en el Hospital Luis Lagomaggiore, ubicado en la calle Timoteo gordillo, Mendoza, Argentina. Lo cual abarcara en el sector de neonatología y maternidad. El periodo de tiempo del estudio es de noviembre a diciembre del año 2023. La muestra del estudio serán 34 enfermeras del hospital Luis Lagomaggiore del área de neonatología y maternidad.

- Criterios de inclusión:
 - ❖ Jefas de enfermería en las distintas áreas
 - ❖ Enfermeros asistenciales
- Criterios de exclusión:
 - ❖ Médicos de las distintas áreas
 - ❖ Administración

Variables y/o hipótesis

Definición y operacionalización en estudios cuantitativos y conjeturas diagnósticas emergentes en cualitativos.

Variable	Dimensión	Indicadores
Caracterización demográfica	Rango de edad	A. 22 a 30 años
		B. 31 a 38 años



		C. 38 o más años
Género		A. Femenino
		B. Masculino
Lugar de servicio		c. No binario
		A. Neonatología
Antigüedad en el servicio		B. Maternidad
		A. Menor a 1 año
¿Tiene hijos?		B. 1 a 5 años
		C. 5 a 10 años
		D. 10 años o más
		A. Si
Conocimientos	Nivel de formación académico	B. No
		A. Enfermero universitario
¿Conoce el significado de 'muerte perinatal'?		B. Licenciado en Enfermería
		C. Auxiliar de enfermería
Respuesta correcta del significado de 'muerte perinatal'		A. Si
		B. No
		A. La mortalidad perinatal o muerte perinatal se refiere a la muerte del feto o recién nacido, en el período de un año
		B. La mortalidad perinatal o muerte perinatal se refiere a la muerte del feto o recién nacido dentro del período perinatal, es decir, desde las 22 semanas de embarazo hasta los primeros 28 días de nacido
		C. La mortalidad perinatal o muerte perinatal se refiere a la muerte del feto desde la concepción hasta el año de vida.
		A. Si
Usted ha atendido alguna paciente que haya sufrido muerte perinatal?		B. No
		A. La violencia obstétrica es un conjunto de prácticas que degrada, oprime e intimida a las mujeres de distintas maneras dentro de la atención a la salud reproductiva, fundamentalmente en el período de embarazo, parto y postparto.
Respuesta correcta de 'Violencia obstétrica'		B. La violencia obstétrica no sucede habitualmente, se genera con el maltrato que sufre la mujer embarazada al



		ser juzgada, atemorizada, humillada o lastimada física y psicológicamente.
		C. La violencia obstétrica son actos de violencia tanto física como psicológica que sólo ejerce el hombre sobre la mujer.
		D. Ninguna de las anteriores
Conocimientos propios de Enfermería	La institución en la que trabaja le brinda capacitaciones sobre el duelo y la muerte perinatal?	A. Si
		B. No
		C. No lo sé
	Si la respuesta anterior fue SI, cada cuánto tiempo reciben capacitaciones sobre esto?	A. Semanalmente
		B. Mensualmente
		C. Anualmente
	Sabe ud. si se brinda contención psicológica a los pacientes que sufren muerte perinatal?	A. Si
		B. No
		C. No lo sé
	Trabajan en conjunto con los psicólogos del hospital cuando sucede una muerte perinatal?	A. Si
		B. No
		C. No lo sé
	Los pacientes, luego de este suceso, luego de ser dados de alta, tienen algún protocolo estándar para abordar la muerte perinatal?	A. Si
		B. No
	C. No lo sé	
Si la respuesta anterior fue SI, mencionar brevemente	
En una escala del 1 al 5 siendo 1 nada y 5 mucho, qué tanto le afecta la muerte perinatal?	A. 1	
	B. 2	
	C. 3	
	D. 4	
	E. 5	
	F. No lo sé	
Se realiza algún presente o recuerdo para las pacientes que han sufrido muerte perinatal?	A. Si	
	B. No	
	C. No lo sé	



Le gustaría poder hacer algo más desde su trabajo hacia los pacientes que han sufrido muerte perinatal?	A. Si
	B. No
	C. No lo sé
Si la respuesta fue SÍ, ¿por qué motivo siente que no lo puede hacer?	A. No tenemos los recursos necesarios
	B. No hay tiempo necesario
	C. No sé cómo
	D. Las madres no lo permiten
	E. Otros motivos
Si marcó 'otros motivos', especifique cuáles

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

El método que se utilizó para la recolección de datos fue mediante encuestas que fueron dirigidas al personal de enfermería en el Hospital Lagomaggiore en el área específica de neonatología y maternidad.

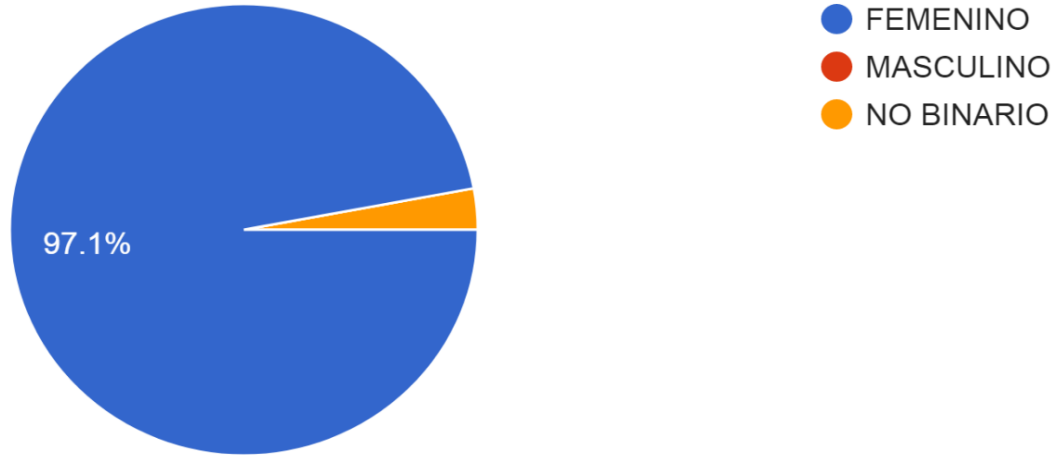
Análisis, procesamiento y presentación de datos

Tabla n°1. Distribución de frecuencia según SEXO

sexo	cantidad
femenino	33
masculino	0
no binario	1



Gráfico n°1

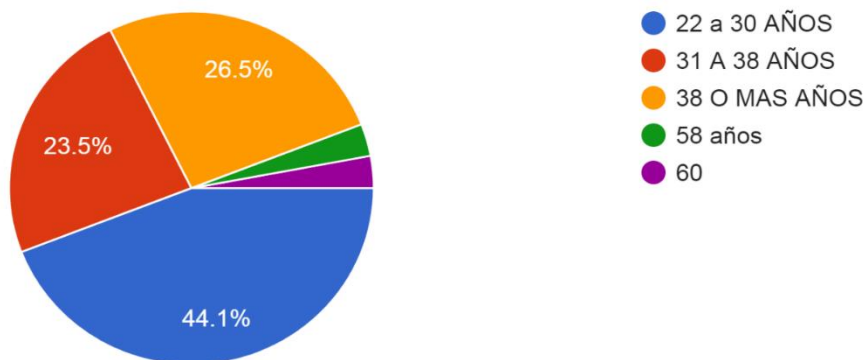


Comentario: el total de los enfermeros encuestados, 97,1% (33 n) de las enfermeras son de sexo femenino y el 2,9% (1 n) es de sexo no binario.

Tabla n°2 Distribución de frecuencia de RANGO DE EDAD

Edad	cantidad
22-30	15
31-38	8
38 o más	11

Gráfico n°2



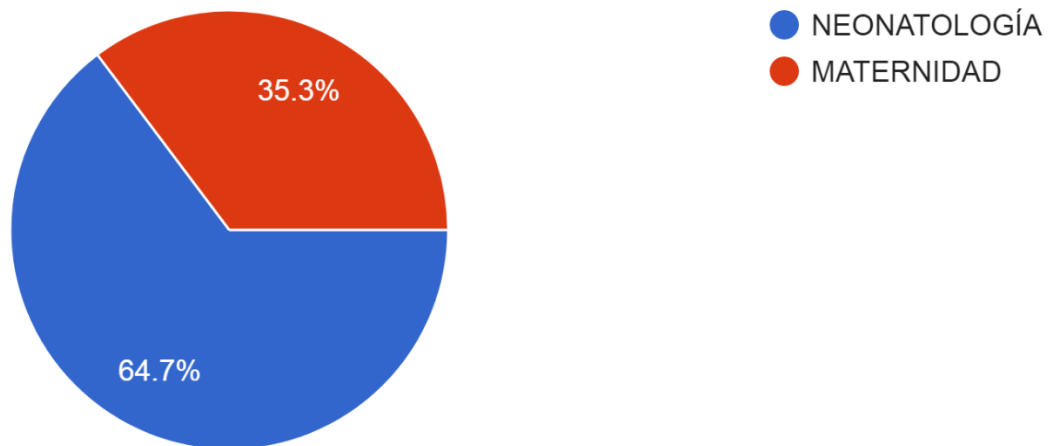


Comentario: de los enfermeros encuestados, la mayoría con un 44,1%(15n) están en un rango de edad de 22 a 30 años, en segundo lugar con el 26,5% (11n) entre los 38 o más años y de minoría con un 23,5%(8 n) con un rango de edad de 31 a 38 años.

Tabla n°3 Distribución de frecuencia según EN QUÉ SERVICIO SE ENCUENTRAN.

Servicio	cantidad
neonatología	22
maternidad	12

Gráfico n°3



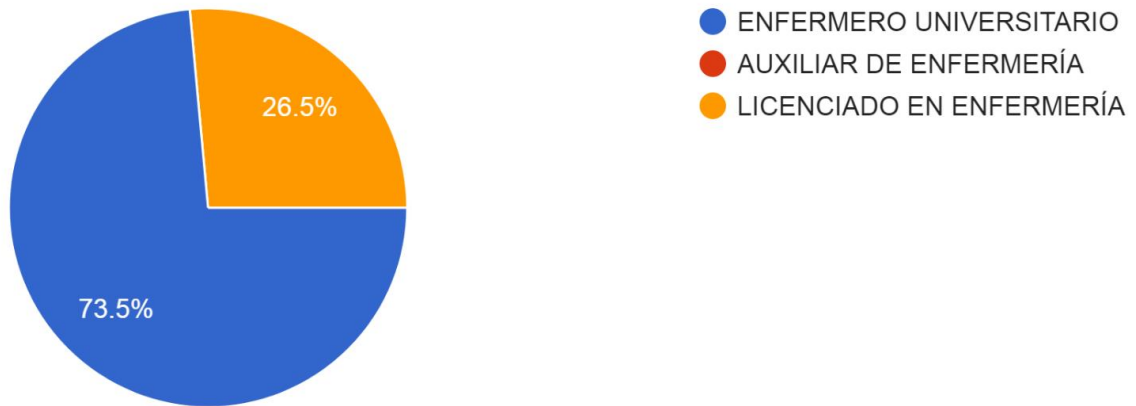
Comentario: de los enfermeros encuestados un 64,7% (22 n) están en el área de neonatología, mientras el 35,3% (12 n) se encuentran en el área de maternidad

Tabla n°4 Distribución de frecuencia según:
NIVEL DE FORMACIÓN ACADÉMICA

Formación	cantidad
Enfermero Universitario	25
Auxiliar de enfermería	0
Licenciatura en enfermería	9



Gráfico n°4



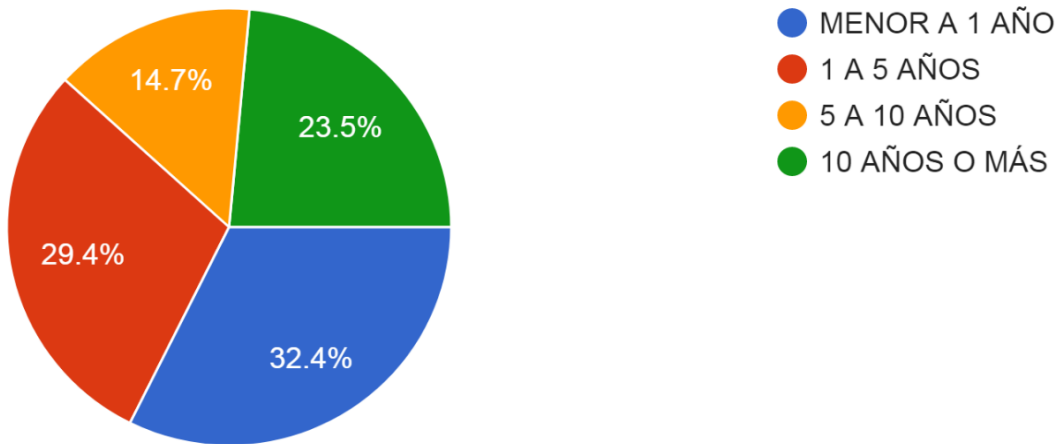
Comentario: podemos observar en el gráfico que un 73,5% (25 n) de los enfermeros son enfermeros universitarios y el 26,5% (9 n) son licenciados en enfermería. No hay ningún auxiliar de enfermería.

Tabla n°5 Distribución de frecuencia según:
ANTIGÜEDAD DEL SERVICIO

antigüedad del servicio	cantidad
menor a 1 año	11
1 a 5 años	10
5 a 10 años	5
10 años o más	8



Gráfico n°5

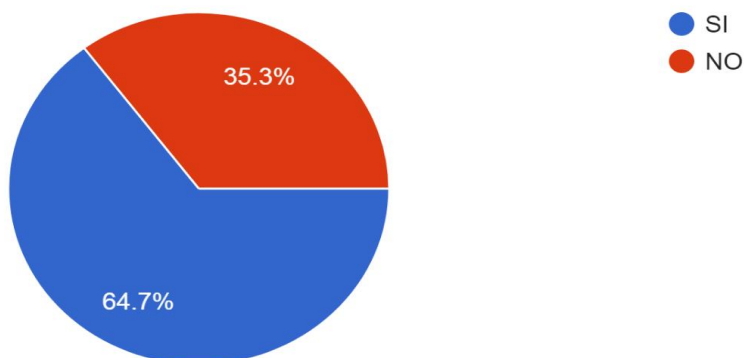


Comentario: de los encuestados el 32,4% (11 n) tienen menor a 1 año de antigüedad, el 29,4%(10 n) tienen de 1 a 5 años, el 23,5% (8 n) de 10 años o más y con un 14,7% (5 n) tienen desde 5 a 10 años.

Tabla n°6 Distribución de frecuencia según
¿TIENE HIJOS?

Hijos	cantidad
Si	22
No	12

Gráfico n°6



Comentario: observando el gráfico se puede obtener que el 64,7%(22n) tienen



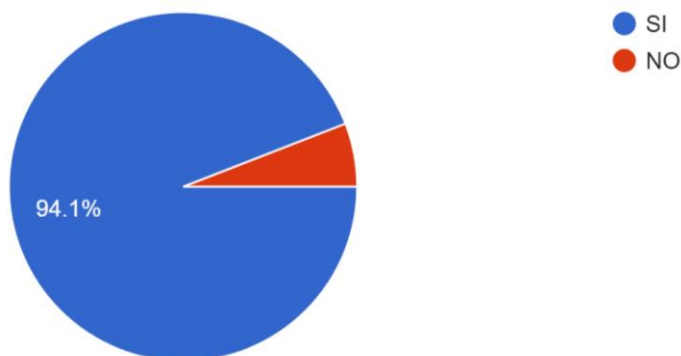
hijos mientras que el 35,3%(12n) no tienen.

Tabla n°7 Distribución de frecuencia según:

¿CONSIDERA QUE CONOCE EL SIGNIFICADO DE LA MUERTE PERINATAL?

significado de la muerte perinatal	cantidad
Si	32
No	2

Gráfico n°7



Comentario: la mayoría de los encuestados con un 94,1%(32 n) pusieron SI mientras que el 5,9% (2 n) pusieron NO

Tabla n°8 Distribución de frecuencia según:

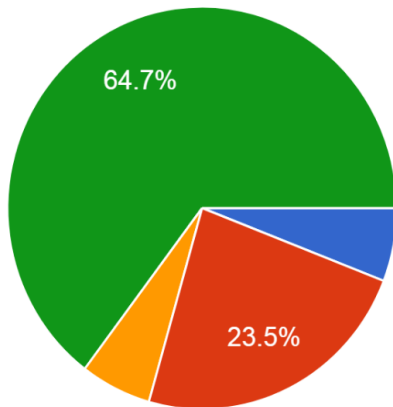
RESPUESTA CORRECTA DE MUERTE PERINATAL

Respuesta correcta	Cantidad
La mortalidad perinatal o muerte perinatal se refiere a la muerte del feto o recién nacido, en el periodo de un año.	2
La mortalidad perinatal o muerte perinatal se refiere a la muerte del feto	8



o recién nacido dentro del periodo perinatal, es decir, desde las 22 semanas de embarazo hasta los primeros 28 días de nacer.	
La mortalidad perinatal o muerte perinatal se refiere a la muerte del feto desde la concepción hasta el año de vida	2
La mortalidad perinatal o muerte perinatal se refiere a la muerte del feto o recién nacido dentro del periodo perinatal, es decir, desde las 28 semanas de embarazo hasta la primera semana de vida -7 días-	22

Gráfico n°8



- La mortalidad perinatal o muerte perinatal se refiere a la muerte del feto o recién nacido, en el periodo de un año.
- La mortalidad perinatal o muerte perinatal se refiere a la muerte del feto o recién nacido dentro del periodo perin...
- La mortalidad perinatal o muerte perinatal se refiere a la muerte del fet...
- La mortalidad perinatal o muerte perinatal se refiere a la muerte del fet...

Comentario: el 64,7%(22 n) marcó la opción de “la mortalidad perinatal o muerte perinatal se refiere a la muerte del feto o recién nacido dentro del periodo perinatal, es decir, desde las 28 semanas de embarazo hasta la primera semana de vida -7 días-”. Un 23,5%(8 n) marcó la opción de “La mortalidad perinatal o muerte perinatal se refiere a la muerte del feto o recién nacido dentro del periodo perinatal, es decir, desde las 22 semanas de embarazo hasta los primeros 28 días de nacer”. Un 5,9% (2 n) marcó la opción de “La mortalidad perinatal o muerte perinatal se refiere a la muerte del feto desde la concepción hasta el año de vida” y un 5,9% (2 n) marcó la opción de “La mortalidad perinatal o muerte perinatal se refiere a la muerte del feto o recién nacido, en el periodo de un año”.

Tabla n°9 Distribución de frecuencia según:

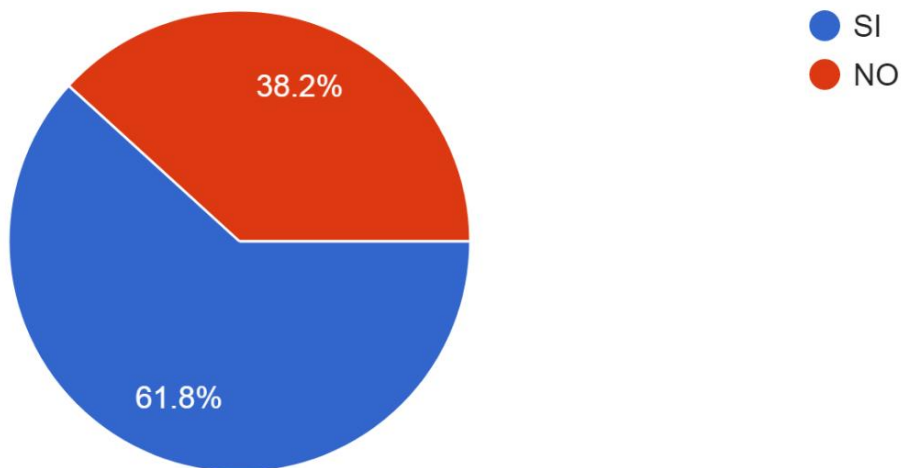
¿HA ATENDIDO ALGUNA PACIENTE QUE HA SUFRIDO DE MUERTE PERINATAL?

atención a paciente con muerte perinatal	cantidad
Si	21



No	13
----	----

Gráfico n°9



Comentario: el 61,8% (21 n) marco la opción SÍ y el 38,2%(13 n) es NO.

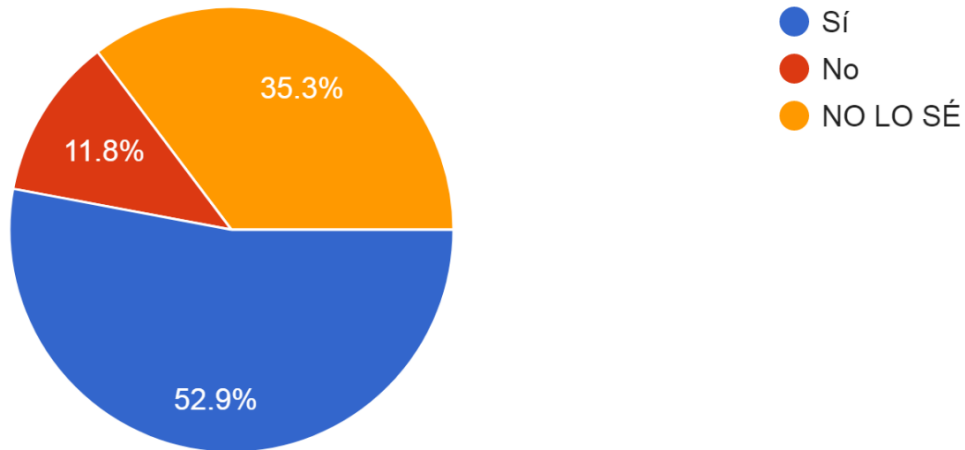
Tabla n°10 Distribución de frecuencia según:

LA INSTITUCIÓN LE BRINDA CAPACITACIÓN SOBRE EL DUELO Y LA MUERTE PERINATAL

capacitaciones en la institución	cantidad
Si	18
No	4
no lo se	12



Gráfico n°10



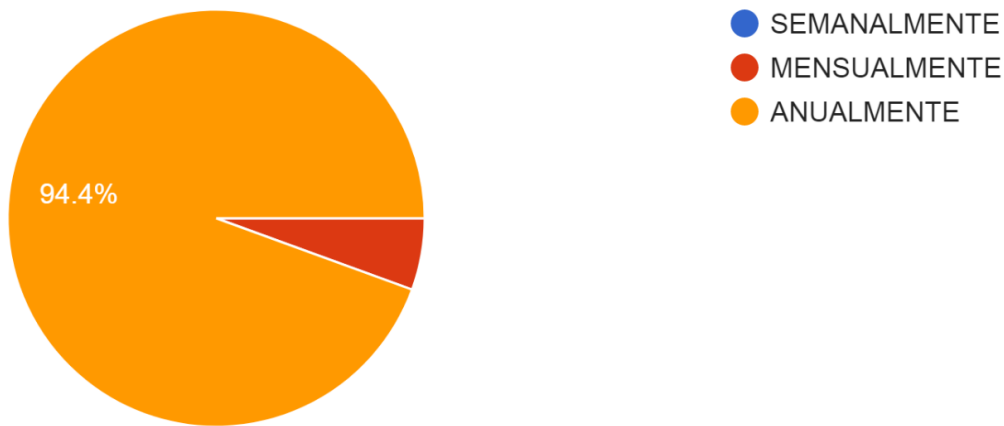
Comentario: como se observa en el gráfico la mayoría con el 52,9% (18 n) marco SI, siguiendo con el 35,3%(12 n) marco NO LO SE y la minoría con un 11,8% (4 n) marco NO

Tabla n°11 Distribución de frecuencia según:

LA RESPUESTA ES SÍ CADA CUÁNTO RECIBEN CAPACITACIÓN SOBRE EL TEMA

frecuencia de las capacitaciones	cantidad
semanalmente	0
mensualmente	1
anualmente	17

Gráfico n°11



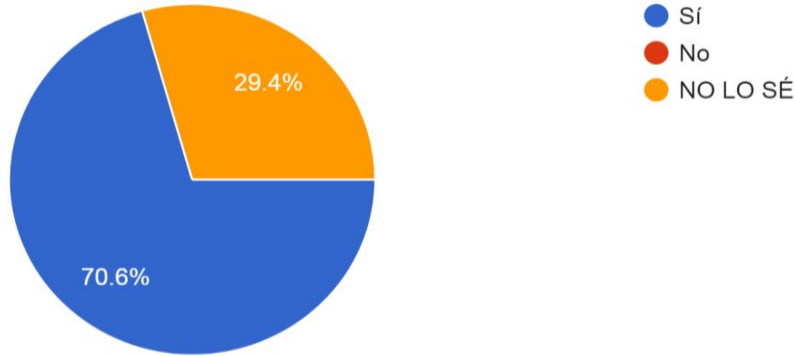
Comentario: del total de encuestas, contestaron el 94,4% (17n) anualmente y el 5,6% (1 n) mensualmente.

Tabla n° 12 Distribución de frecuencia según:

¿LE BRINDAN CONTENCIÓN PSICOLÓGICA A LAS PACIENTES QUE SUFREN MUERTE PERINATAL?

contención psicológica	cantidad
Si	24
No	0
no lo se	10

Gráfico n°12



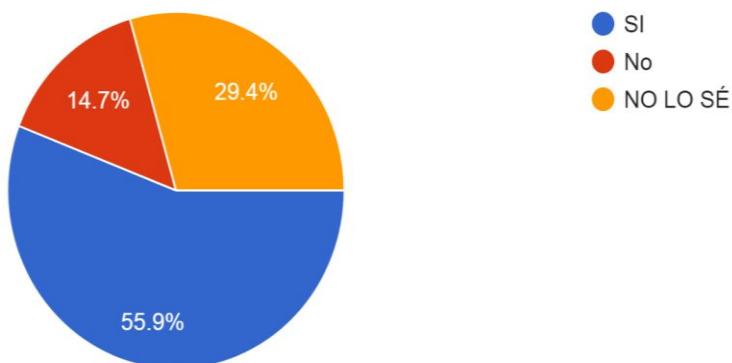
Comentario: se observa que el 70,6%(24 n) contestó SÍ y el 29,4%(10 n) contestó NO LO SE.

Tabla n°13 Distribución de frecuencia según:

¿TRABAJAN EN CONJUNTO CON LOS PSICÓLOGOS DEL HOSPITAL CUANDO SUCEDE UNA MUERTE PERINATAL?

Trabajo en conjunto	cantidad
Si	19
No	5
no lo se	10

Gráfico n°13

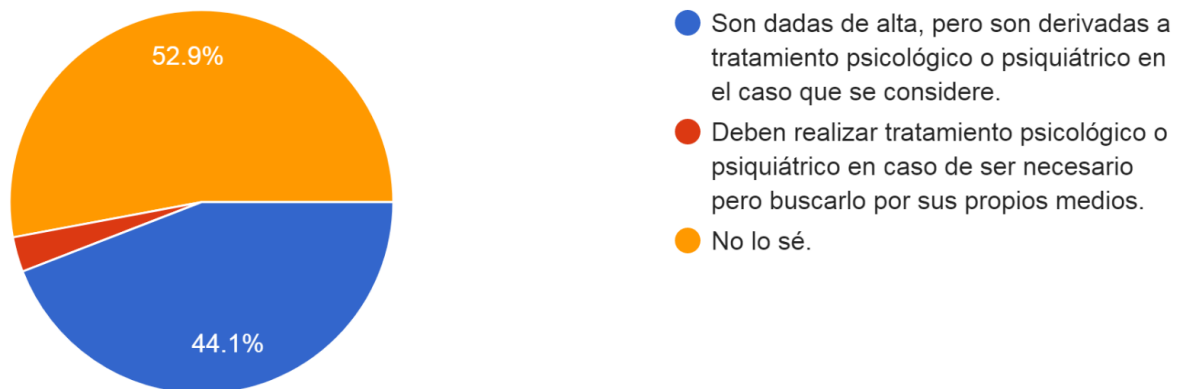


Comentario: se observa que el 55,9%(19 n) respondió SI, el 29,4%(10 n) respondió NO LO SE y el 14,7%(5 n) respondió NO

Tabla n°14 Distribución de frecuencia según:
LAS PACIENTES LUEGO DE ESTE SUCESO

Luego del suceso	cantidad
Son dadas de alta, pero son derivadas a tratamiento psicológico o psiquiátrico en el caso que se considere.	15
Deben realizar tratamiento psicológico o psiquiátrico en caso de ser necesario pero buscarlo por sus propios medios.	1
no lo se	18

Gráfico n°14



Comentario: la mayoría de los encuestados con un 52,9%(18 n) respondió No lo sé, el 44,1%(15 n) respondió “Son dadas de alta, pero son derivadas a tratamiento psicológico o psiquiátrico en el caso que se considere” y la minoría con un 5,9%(1 n) respondió no.

Tabla n°15 Distribución de frecuencia según:
LUEGO DE SER DADAS DE ALTA...

Luego de ser dadas de alta...	cantidad
se las cita a controles tanto psicológicas como físicos	9



se realiza una visita a terreno en su domicilio	0
ninguna de las anteriores	3
no lo se	22

Gráfico n°15



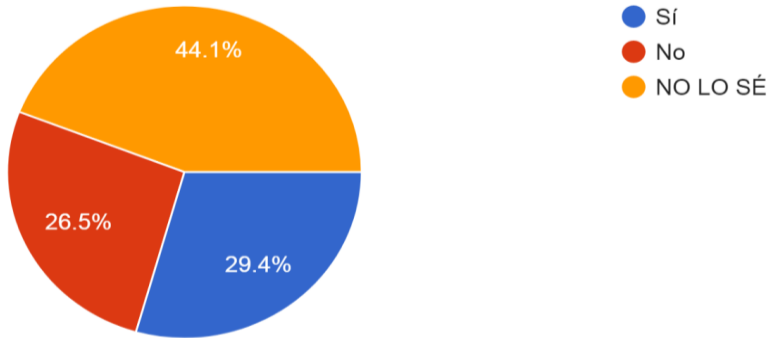
Comentario: de los enfermeros encuestados el 64,7% respondió no lo se, siguiendo el 26,5% respondiendo “se las citas a controles tanto psicológicas como físicos” y el 8,8% contestó “ninguna de las anteriores”

Tabla n°16 Distribución de frecuencia según:

¿POSEEN PROTOCOLO ESTÁNDAR PARA EL ABORDAJE DE LA MUERTE PERINATAL?

protocolo estándar	cantidad
Si	10
No	9
no lo se	15

Gráfico n°16



Comentario: se observa en el gráfico que el 44,1%(15 n) contestó NO LO SE, el 29,4%(10 n) respondió SÍ y el 26,5%(9 n) respondió NO

Pregunta n°17 habla sobre:

SI LA RESPUESTA FUE SÍ, MENCIONAR BREVEMENTE:

Podemos concluir que de los 34 enfermeros encuestados solo 8 respondieron a esta pregunta. Hicieron énfasis en que al momento de que la paciente padece de muerte perinatal el equipo interdisciplinario incluyendo a los enfermeros, buscan una habitación individual en lo posible, o habitación en la que no se encuentren madres con bebés, también preparan al RN fallecido para que los padres puedan verlo y por último se le entrega una cajita todos los objetos de recuerdo.

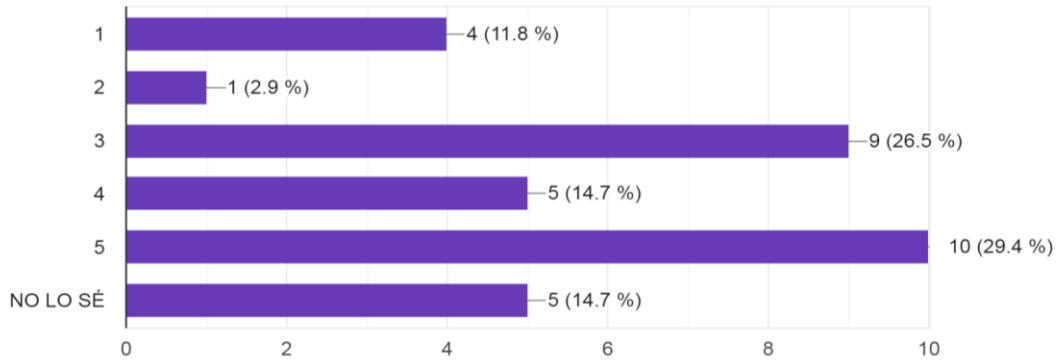
Tabla n°18 distribución de frecuencia según EN UNA ESCALA DEL UNO AL CINCO SIENDO UNO NADA Y CINCO MUCHO, QUÉ TANTO LE AFECTA A USTED LA MUERTE PERINATAL.

Escala del 1 al 5	cantidad
1	4
2	1
3	9
4	5
5	10



no lo se	5
----------	---

Gráfico n°18

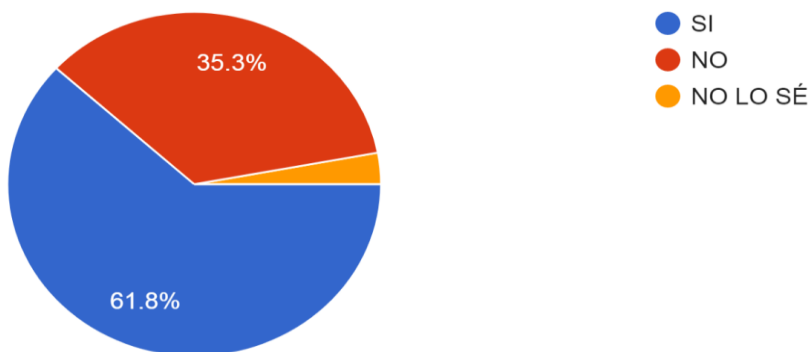


Comentario: podemos interpretar que de la escalada del 1 al 5, el 11,8%(4 n) respondió 1, el 2,9%(1 n) respondió 2, el 26,5%(9 n) respondió 3, el 14,7%(5 n) respondió 4, el 29,4%(10 n) respondió 5 y el 14,7%(5 n) respondió NO LO SE.

Tabla n°19 Distribución de frecuencia según REALIZAN ALGÚN PRESENTE O RECUERDO A LAS PACIENTES QUE HAN SUFRIDO DE MUERTE PERINATAL

presente a las pacientes	cantidad
Si	21
No	12
no lo se	1

Gráfico n°19





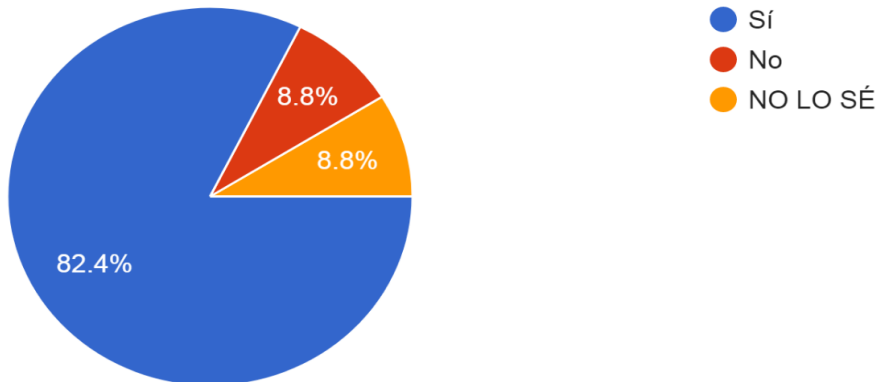
Comentario: de los encuestados el 61,8%(21 n) contestó SÍ, el 35,3%(12 n) NO y el 5,9%(1 n) contestó NO LO SE.

Tabla n°20 Distribución de frecuencia según:

LE GUSTARÍA PODER HACER ALGO MÁS DESDE SU TRABAJO HACIA LAS PACIENTES QUE HAN SUFRIDO DE MUERTE PERINATAL

¿Les gustaría hacer algo más?	cantidad
Si	28
No	3
no lo se	3

Gráfico n°20



Comentario: el 82,4% (28 n) marco la opción SI, el 8,8%(3 n) no y el otro 8,8%(3 n) NO LO SE.

Tabla n° 21 Distribución de frecuencia según:

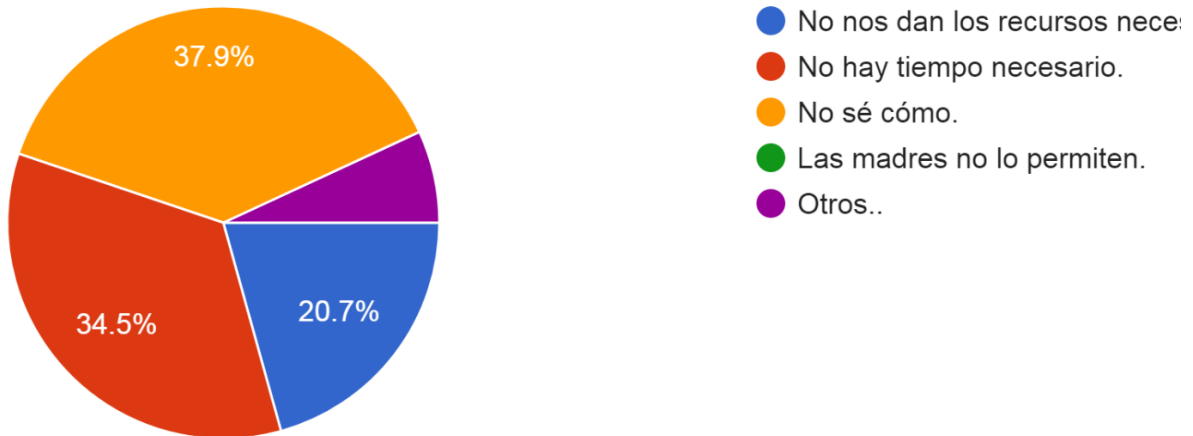
SI LA RESPUESTA FUE SÍ ¿POR QUÉ MOTIVO SIENTE QUE NO LO PUEDE HACER?

motivo	cantidad
no nos dan los	6



recursos necesarios	
no hay tiempo necesario	10
no se como	11
la madre no lo permite	0
otros	2

Gráfico n°21



Comentario: de los encuestados el 37,9%(11 n) contestó “no sé cómo”, el 34,5%(10 n) “no hay tiempo”, el 20,7%(6 n) “no nos dan los recursos necesarios” y con el 6,9%(2 n) “OTROS”.

Pregunta n°22

SI MARCÓ OTROS, ESPECIFIQUE CUAL.

De los 34 enfermeros encuestados solo 1 persona contestó lo siguiente: el lugar para ese momento.

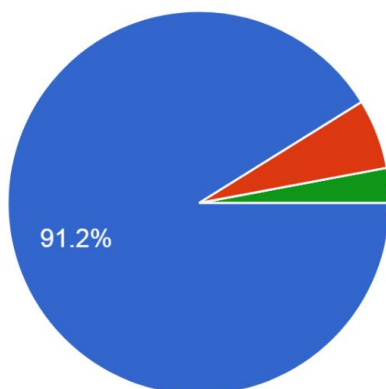


Tabla n°23 Distribución de frecuencia según:

MARCA LA OPCIÓN CORRECTA DEL SIGNIFICADO DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA

Significado de violencia obstétrica	Cantidad
La violencia obstétrica es un conjunto de prácticas que degrada, oprime e intimida a las mujeres de distintas maneras dentro de la atención a la salud reproductiva, fundamentalmente en el período del embarazo, parto y postparto.	31
La violencia obstétrica no sucede habitualmente, se genera con el maltrato que sufre la mujer embarazada al ser juzgada, atemorizada, humillada o lastimada física y psicológicamente.	2
La violencia obstétrica son actos de violencia tanto física como psicológica que solo lo hace el hombre hacia la mujer.	0
Ninguna de las anteriores	1

Gráfico n°23



- La violencia obstétrica es un conjunto de prácticas que degrada, oprime e intimida a las mujeres de distintas ma...
- La violencia obstétrica no sucede habitualmente, se genera con el maltrato que sufre la mujer embaraza...
- La violencia obstétrica son actos de violencia tanto física como psicológicas que solo lo hace el hombre hacia la m...
- Ninguna de las anteriores

Comentario: el 91,2% marco la respuesta “La violencia obstétrica es un conjunto de prácticas que degrada, oprime e intimida a las mujeres de distintas maneras



dentro de la atención a la salud reproductiva, fundamentalmente en el período del embarazo, parto y postparto”, el 5,9% marco “La violencia obstétrica no sucede habitualmente, se genera con el maltrato que sufre la mujer embarazada al ser juzgada, atemorizada, humillada o lastimada física y psicológicamente.” y el 2,9% “ninguna de las anteriores”



UNCUYO
UNIVERSIDAD
NACIONAL DE CUYO



FACULTAD DE
CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE
ENFERMERÍA

CAPÍTULO III



Resumen De Los Resultados Más Relevantes:

En esta investigación sobre “El abordaje de enfermería en pacientes que sufren muerte perinatal” en el hospital Luis Lagomaggiore en las áreas específicas del servicio de neonatología y maternidad pudimos realizar un análisis estadístico y podemos concluir que:

En relación al género, el 97,1% eran de género femenino, quedando el 2,9% con género no binario.

En cuanto a la edad, el mayor porcentaje con un 44,1% pertenece a la edad de 22 a 30 años, quedando de segundo lugar con un porcentaje de 26,5% entre 38 o más años y de tercer lugar el 23,5% que pertenece a la edad de 31 a 38 años.

En cuanto al servicio, la mayoría de los enfermeros encuestados 64.7% pertenece al servicio de neonatología y el 35,3% al servicio de maternidad.

Con respecto al nivel de formación el 73,5% son enfermeros universitarios y el 26,5% son licenciados en enfermería.

en cuanto a la antigüedad de servicio fue muy variado ya que el 32,4% tienen menor a un año, el 29,4% tienen de 1 a 5 años, el 23,5% de 10 años o más y con un 14,7% tienen desde 5 a 1 años.

Con respecto a los hijos, la mayoría de los enfermeros con un porcentaje del 64,7% tienen hijos, mientras el resto con un 35,3% no tiene hijos.

En relación a si sabían el significado de muerte perinatal se obtuvo 94,1% que sí sabía el significado mientras el 5,9% no. Se les preguntó acerca de la cual era la respuesta correcta sobre el significado de la muerte perinatal, se obtuvo que el 64,7%(22 n) marcó la opción de “la mortalidad perinatal o muerte perinatal se refiere a la muerte del feto o recién nacido dentro del periodo perinatal, es decir, desde las 28 semanas de embarazo hasta la primera semana de vida -7 días-”. Un 23,5%(8 n) marcó la opción de “La mortalidad perinatal o muerte perinatal se refiere a la muerte del feto o recién nacido dentro del periodo perinatal, es decir, desde las 22 semanas de embarazo hasta los primeros 28 días de nacer”. Un 5,9% (2 n) marcó la opción de “La mortalidad perinatal o



muerte perinatal se refiere a la muerte del feto desde la concepción hasta el año de vida” y un 5,9% (2 n) marcó la opción de “La mortalidad perinatal o muerte perinatal se refiere a la muerte del feto o recién nacido, en el periodo de un año”.

Con respecto a si han atendido alguna paciente con muerte perinatal el 61,8% ha tenido la experiencia de este suceso, mientras el 38,2% no.

En relación a si la institución les brinda a los enfermeros alguna capacitación con respecto a el duelo y la muerte perinatal el 52,9% respondió que sí mientras que el 35,3% no lo sabe y el 11,8% no. De los 34 enfermeros encuestados solo 18 respondieron, 17 contestaron que anualmente se hacen capacitaciones sobre la muerte perinatal mientras que 1 respondió semanalmente.



Interpretación De Los Resultados

Con los datos obtenidos en esta investigación podemos concluir en cuanto a las características de los enfermeros que de los 34 encuestados del personal de enfermería, 33 son mujeres mientras 1 es de género no binario. La mayoría tiene un nivel de formación académico de enfermero universitario mientras que un pequeño porcentaje son Licenciados en enfermería. La mayoría de las enfermeras encuestadas pertenecen a un rango de edad entre 22 a 38 años.

También observamos que con respecto al conocimiento que tienen las enfermeras acerca de la muerte perinatal la mayoría al momento de responder el significado de la muerte perinatal el 64,7% selecciono la respuesta incorrecta, el 23,5% respondió la respuesta correcta. solo 8 enfermeros de los 34 encuestados manifestaron que realizan algunas acciones de enfermería al momento de que una paciente sufre una muerte perinatal. Cabe destacar también que solo 18 enfermeros de los 34 encuestados respondieron que anualmente se le hace capacitación con respecto a este tema. La gran mayoría de los enfermeros con un 37,9% manifestaron que no sabían cómo abordar este tema, mientras que 34,5% no tenían el tiempo necesario para hacerlo.

Si bien al momento de responder acerca del significado de violencia obstétrica la gran mayoría con un 91,2% contestó de manera correcta, todavía falta reforzar los conocimientos a la mayoría de personas del personal de enfermería acerca de las acciones de enfermería con respecto al abordaje de pacientes que sufren la muerte perinatal.



Propuestas de acción de acuerdo a los resultados y a los objetivos de estudio o apertura a nuevos interrogantes y conjeturas.

- Que se realicen capacitaciones cada 6 meses, para la actualización de información y sugerencias acerca del abordaje de enfermería con respecto a pacientes que sufren de muerte perinatal.
- Elaborar una carpeta, protocolo foliado o folleto con sugerencias de que es lo que se debe hacer y decir en momentos del fallecimiento del RN.
- Crear un espacio físico en el hospital Dr. Luis Lagomaggiore para estas circunstancias.
- Que se cite a las madres al tiempo para un seguimiento psicológico o psiquiátrico.
- Que en la facultad se analice más profundamente, el tema del duelo y las clases con respecto a dicho tema sean con ejemplos más allegados a la práctica.



Bibliografía y Cibergrafía

1. López Araque, Ana Belén, Linares Abad, Manuel y López Medina, M^a Dolores. (2015). Percepción de síntomas en primigrávidas con embarazo en camino a la prolongación. *Índice de enfermería*, 24 (1-2), 35-39.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962015000100008&lng=en&nrm=iso&tlng=en
2. Videla Vilá, M. P. (2021). *Aspectos biofísicos del embarazo. Controles y cuidados prenatales*.
3. Montero Calle, W. R., & Muñoz Chimbo, R. A. (2023). Incidencia de depresión postparto: Una revisión sistemática.
<https://cinfasalud.cinfa.com/p/cambios-fisicos-y-psicologicos-durante-el-embarazo/>
4. Dávalos, C. S. M. (2018). El profesional de enfermería ante el duelo por muerte perinatal. *Enfermería Investiga: Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión*, 3(1), 10-15.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6538725>
5. https://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/200923/TFG_2022_Maeso_Bartoll_An_drea.pdf?sequence=1&isAllowed=y
6. Para que cada bebé cuente: auditoría y examen de las muertes prenatales y neonatales [Making every baby count: audit and review of stillbirths and neonatal deaths]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/258931/9789243511221-spa.pdf?sequence=1>
7. López García de Madinabeitia, A. P. (2011). Duelo perinatal: un secreto dentro de un misterio. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(1), 53-70.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s0211-57352011000100005&script=sci_arttext
8. Cobo Pacheco, M. Y. (2020). El rol del personal de enfermería en el duelo perinatal.
<https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/19922/COBO%20PACHECO%2c%20YOLANDA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
9. Acheffay Tanan, F. (2023). Muerte perinatal: impacto sobre la familia y el papel de la enfermera en el afrontamiento.
<https://repositori.uib.es/xmlui/handle/11201/160197>
10. Vargas Solano, R. E. (2003). Duelo y pérdida. *Medicina Legal de Costa Rica*, 20(2), 47-52.
https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-00152003000200005&script=sci_arttext
11. Medina, M. G., Del Álamo Jiménez, C., Criado, L. H., & Laborda, A. G. (2003). Seguimiento de pacientes que consultan por duelo. *Actas Españolas de psiquiatría*.
<https://psycnet.apa.org/record/2003-11095-001>
12. Dyregrov, A. (1990). Parental reactions to the loss of an infant child: A review. *Scandinavian Journal of Psychology*, 31(4), 266-280.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-9450.1990.tb00839.x>
13. Gamó Medina, E., & Pazos Pezzi, P. (2009). El duelo y las etapas de la vida. *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría*, 29(2), 455-469.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352009000200011
14. Rodríguez Campo, V. A., & Valenzuela Suazo, S. (2012). Teoría de los cuidados de Swanson y sus fundamentos, una teoría de mediano rango para la enfermería profesional en Chile. *Enfermería global*, 11(28), 316-322.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000400016
15. Hernández Sampayo, L. (2019). Vivencia del cuidado de enfermería en un proceso de duelo.
<https://rua.ua.es/dspace/handle/10045/96328>
16. Castro Tardón, M. D. D. (2018). Análisis del impacto de la muerte y la atención al duelo perinatal en los profesionales de enfermería: una revisión sistemática.
<https://uvadoc.uva.es/handle/10324/30472>
17. Primeros, N., & Diseño, S. (s/f). *Acompañamiento Perinatal -Área de Capacitación y Contenidos -Programa*. Gob.ar. Recuperado el 9 de diciembre de 2023, de https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2020/09/2022-08-acompanamiento_perinatal.pdf



UNCUYO
UNIVERSIDAD
NACIONAL DE CUYO



FACULTAD DE
CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE
ENFERMERÍA

APÉNDICE Y ANEXOS



A. ENCUESTA:

1. EDAD

- A. 22 A 30 AÑOS
- B. 31 A 38 AÑOS
- C. 38 O MÁS AÑOS

2. ¿EN QUÉ SERVICIO SE ENCUENTRA?

- A. NEONATOLOGÍA
- B. MATERNIDAD

3. GENERO:

- A. FEMENINO
- B. MASCULINO
- C. NO BINARIO

4. NIVEL DE FORMACIÓN ACADÉMICO

- A. ENFERMERO UNIVERSITARIO
- B. AUXILIAR DE ENFERMERIA
- C. LICENCIADO EN ENFERMERIA

5. ANTIGÜEDAD DEL SERVICIO

- A. MENOR A 1 AÑO
- B. 1 A 5 AÑOS
- C. 5 A 10 AÑOS
- D. 10 AÑOS O MÁS

6. TIENES HIJOS

- A. SI
- B. NO

7. ¿CONSIDERA QUE CONOCE EL SIGNIFICADO DE MUERTE PERINATAL?

- A. SI
- B. NO

8. ELIJA LA RESPUESTA QUE CREE CORRECTA DE MUERTE PERINATAL

- A. La mortalidad perinatal o muerte perinatal se refiere a la muerte del feto o recién nacido, en el periodo de un año.
- B. La mortalidad perinatal o muerte perinatal se refiere a la muerte del feto o recién nacido dentro del periodo perinatal, es decir, desde las 28 semanas de embarazo hasta la primera semana de vida -7 días-.
- C. La mortalidad perinatal o muerte perinatal se refiere a la muerte del feto desde la concepción hasta el año de vida.



9. ¿USTED HA ATENDIDO A ALGUNA PACIENTE QUE HA SUFRIDO DE MUERTE PERINATAL?

- A. SI
- B. NO

10. LA INSTITUCIÓN EN LA QUE TRABAJA. ¿LE BRINDA CAPACITACIONES SOBRE EL DUELO Y LA MUERTE PERINATAL?

- A. SI
- B. NO
- C. NO LO SE

11. SI LA RESPUESTA FUE SI. ¿CUÁNTO TIEMPO RECIBEN CAPACITACIONES SOBRE ÉSTO?

- A. SEMANALMENTE
- B. MENSUALMENTE
- C. ANUALMENTE

12. ¿SABE USTED SI SE LE BRINDA CONTENCIÓN PSICOLÓGICA A LAS PACIENTES QUE SUFREN MUERTE PERINATAL?

- A. SI
- B. NO
- C. NO LO SE

13. ¿TRABAJAN EN CONJUNTO CON PSICÓLOGOS DEL HOSPITAL CUANDO SUCEDE UNA MUERTE PERINATAL?

- A. SI
- B. NO
- C. NO LO SE

14. LAS PACIENTES LUEGO DE ESTE SUCESO

- A. Son dadas de alta, pero son derivadas a tratamiento psicológico o psiquiátrico en el caso que se considere.
- B. Deben realizar tratamiento psicológico o psiquiátrico en caso de ser necesario pero buscarlo por sus propios medios.
- C. No lo sé.
- D. otros

15. LUEGO DE SER DADAS DE ALTA

- A. Se las cita a controles tanto psicológicos como físicos.
- B. Se realiza una visita a terreno en su domicilio
- C. Ninguna de las anteriores.
- D. no lo se

16. ¿TIENEN ALGÚN PROTOCOLO ESTÁNDAR PARA EL ABORDAJE DE LA MUERTE PERINATAL?

- A. si



- B. no
- C. no lo se

17. SI LA RESPUESTA FUE SÍ, MENCIONELO BREVEMENTE

18. EN UNA ESCALA DEL UNO AL CINCO SIENDO UNO NADA Y CINCO MUCHO ¿QUÉ TANTO LE AFECTA A USTED LA MUERTE PERINATAL?

1 2 3 4 5 no lo se

19. ¿REALIZAN ALGÚN PRESENTE O RECUERDO A LAS PACIENTES QUE HAN SUFRIDO DE MUERTE PERINATAL?

- A. SI
- B. NO
- C. NO LO SE

20. ¿LE GUSTARÍA PODER HACER ALGO MÁS DESDE SU TRABAJO HACIA LAS PACIENTES QUE HAN SUFRIDO DE MUERTE PERINATAL?

- A. SI
- B. NO
- C. NO LO SE

21. SI LA RESPUESTA FUE SÍ. ¿POR QUÉ MOTIVO SIENTE QUE NO LO PUEDE HACER?

- A. No nos dan los recursos necesarios
- B. No hay tiempo necesario
- C. No sé cómo
- D. Las madres no lo permiten
- E. OTROS

22. SI MARCÓ OTROS, ESPECIFIQUE CUAL

23. MARQUE LA OPCIÓN QUE CREE CORRECTA DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA.

- A. La violencia obstétrica es un conjunto de prácticas que degrada, oprime e intimida a las mujeres de distintas maneras dentro de la atención a la salud reproductiva, fundamentalmente en el período del embarazo, parto y postparto
- B. La violencia obstétrica no sucede habitualmente, se genera con el maltrato que sufre la mujer embarazada al ser juzgada, atemorizada, humillada o lastimada física y psicológicamente
- C. La violencia obstétrica son actos de violencia tanto física como psicológica que solo lo hace el hombre hacia la mujer.
- D. Ninguna de las anteriores



B. TABLA MATRIZ

enfermos	EDAD	2	SEXO	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1	A	A	F	A	A	NO	SI	D	NO	NLS		SÍ	SI	C	D	NLS
2	A	A	F	A	A	NO	SI	D	NO	NLS		NLS	NLS	C	D	NLS
3	C	B	F	A	D	SI	SI	D	NO	SÍ	C	SÍ	SI	A	A	SÍ
4	C	B	F	A	B	SI	NO	C	SI	SÍ	C	NLS	NLS	C	D	No
5	C	B	F	A	D	SI	SI	D	SI	SÍ	B	SÍ	No	A	A	SÍ
6	C	A	F	A	B	SI	SI	D	SI	SÍ	C	SÍ	SI	A	D	No
7	C	A	F	A	B	SI	SI	D	SI	SÍ	C	SÍ	NLS	C	D	SÍ
8	C	B	F	C	C	SI	SI	D	SI	NLS		NLS	NLS	A	A	No
9	A	A	F	C	C	SI	SI	D	SI	SÍ		NLS	NLS	B	A	No
10	C	B	F	A	A	SI	NO	D	NO	NLS		NLS	NLS	C	C	NLS
11	C	B	F	A	D	SI	SI	D	SI	SÍ	C	SÍ	SI	A	D	No
12	B	B	F	C	C	SI	SI	D	SI	SÍ	C	SÍ	SI	A	D	SÍ
13	A	B	F	C	B	SI	SI	C	SI	NLS		SÍ	SI	A	A	NLS
14	C	A	F	C	D	SI	SI	D	NO	NLS		SÍ	SI	A	D	SÍ
15	C	B	F	A	D	SI	SI	D	SI	SÍ	C	SÍ	SI	A	C	No
16	C	B	F	C	B	SI	SI	D	SI	SÍ	C	SÍ	SI	A	A	NLS
17	A	A	F	A	B	NO	SI	D	NO	SÍ	C	SÍ	SI	C	A	SÍ
18	C	A	F	C	D	NO	SI	A	SI	SÍ	C	SÍ	No	C	D	SÍ
19	A	A	F	A	A	NO	SI	D	NO	No		SÍ	SI	C	D	No
20	C	A	F	A	C	SI	SI	D	NO	SÍ	C	SÍ	NLS	C	D	NLS
21	C	A	F	A	A	SI	SI	D	NO	SÍ	C	NLS	No	A	D	No
22	C	B	F	A	D	SI	SI	D	SI	SÍ	C	SÍ	SI	A	D	NLS
23	A	A	F	A	A	N	SI	D	N	SÍ	C	SÍ	SI	C	D	SÍ



						O			O							
24	A	A	NB	A	A	N O	SI	D	SI	NLS		SÍ	SI	C	D	NL S
25	A	B	F	A	A	N O	SI	D	SI	NLS		NL S	NL S	C	A	NL S
26	A	A	F	C	B	SI	SI	C	SI	SÍ	C	SÍ	SI	A	D	NL S
27	C	A	F	C	D	SI	SI	B	SI	SÍ	C	SÍ	SI	A	C	SÍ
28	A	A	F	A	A	SI	SI	B	N O	No		NL S	NL S	C	D	SÍ
29	A	A	F	A	B	N O	SI	B	SI	NLS		SÍ	No	C	D	NL S
30	A	A	F	A	A	N O	SI	B	N O	NLS		SÍ	NL S	C	D	NL S
31	A	A	F	A	A	N O	SI	B	N O	No		NL S	SI	C	D	No
32	B	A	F	A	C	SI	SI	B	SI	No		NL S	No	C	D	NL S
33	B	A	F	A	B	SI	SI	B	SI	NLS		SÍ	SI	A	A	NL S
34	A	A	F	A	B	N O	SI	B	SI	NL S	C	SÍ	SI	C	A	NL S

17	18	19	21	22
	NLS	SI	A	A
..	NLS	NO	C	A
	4	SI	B	A
	5	SI	C	A
	5	NO	A	A
	1	NO		A
„	3	SI	A	A
	1	SI	B	A
	1	NO	B	A
	5	NO	C	A
	5	NO	B	B
„	5	NO		A
	3	NO	B	A
	2	SI	E	A
	4	SI	B	A
	1	NO		A
..	NLS	SI	C	A
..	3	SI		A
	NLS	SI	C	A
	5	NO	A	A



	5	SI	B	A
	5	SI	A	A
..	NLS	SI	C	A
	3	NO	B	A
	3	SI	A	A
	4	SI	B	A
..	5	SI	E	A
..	3	SI	B	B
	3	SI	C	A
	4	NO	C	D
	3	SI	C	A
	4	NO		A
	5	SI	C	A
	3	SI	C	A