

La vivencia de la pérdida perinatal desde la perspectiva de los profesionales de la salud¹

Sonia María Pastor Montero²

José Manuel Romero Sánchez³

César Hueso Montoro⁴

Manuel Lillo Crespo⁵

Ana Gema Vacas Jaén⁶

María Belén Rodríguez Tirado⁶

El objetivo de este artículo es conocer la experiencia vivida por los profesionales de la salud en situaciones de muerte y duelo perinatal y describir las estrategias de actuación ante la pérdida perinatal. Se trata de un estudio cualitativo con un enfoque fenomenológico realizado a 19 profesionales a través de entrevistas. Se identificaron 3 categorías temáticas: la práctica asistencial, los sentimientos que despierta la pérdida perinatal y significado y creencias sobre la pérdida y el duelo perinatal. Los resultados ponen de manifiesto que la falta de conocimientos y de recursos para enfrentar la pérdida perinatal hace que se adopten actitudes poco adecuadas en estas situaciones, generando una sensación de ansiedad, impotencia y frustración que compromete la competencia profesional. Se concluye que es fundamental promover programas de formación para adquirir conocimientos y destrezas sobre el duelo perinatal y elaborar una guía de práctica clínica para la atención a la pérdida perinatal.

Descriptores: Muerte Fetal; Pena; Competencia Profesional; Actitud Frente a la Muerte.

¹ Artículo de la investigación "Experiencias y vivencias de los padres y profesionales ante la pérdida perinatal". Apoyo financiero de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, código de expediente PI 0130/CS2006.

² Enfermera, Estudiante de Doctorado en Enfermería, Universidad de Alicante, España. Hospital de Montilla, Agencia Pública Empresarial Sanitaria Alto Guadalquivir, Córdoba, España. E-mail: smpastor@ephag.es.

³ Enfermero, Estudiante de Doctorado en Ciencias de la Enfermería, Universidad de Cádiz, España. E-mail: jose.romerosanchez@mail.ua.es.

⁴ Enfermero, Licenciado en Antropología Social y Cultural, Doctor en Enfermería, Profesor, Facultad Ciencias de la Salud, Universidad de Granada, España. E-mail: cesarhueso@ugr.es.

⁵ Enfermero, Licenciado en Antropología Social y Cultural, Doctor en Antropología Biológica y de la Salud, Profesor Asociado, Escuela Universitaria de Enfermería, Universidad de Alicante, Valencia, España. E-mail: manuellillo@ua.es.

⁶ Enfermeras, Hospital de Montilla, Córdoba, España. E-mail: Ana Gema - agvacas@ephag.es, María Belén - mbrodriguez@ephag.es.

Correspondencia:

Sonia María Pastor Montero
A 309, Ctra. Montoro-Puente Genil, km. 63,350
Montilla
14550, Córdoba, España
E-mail: smpastor@ephag.es

A experiência da perda perinatal a partir da perspectiva dos profissionais de saúde

O objetivo deste artigo foi conhecer a experiência dos profissionais de saúde em casos de morte perinatal e o pesar decorrente e, ainda, descrever as estratégias de ação frente à perda perinatal. Trata-se de estudo qualitativo com abordagem fenomenológica, por meio de entrevista com 19 profissionais. Três categorias temáticas foram identificadas: a prática de cuidados de saúde, os sentimentos despertados pela perda perinatal e o significado e crenças sobre perda e pesar perinatal. Os resultados mostram que a falta de conhecimento e recursos para lidar com a perda perinatal torna inadequada as atitudes nessas situações, gerando sensação de desamparo, ansiedade e frustração que compromete a competência profissional. Conclui-se que é fundamental promover programas de treinamento para adquirir conhecimentos, aptidões e habilidades em pesar perinatal e desenvolver uma diretriz de prática clínica para o cuidado da perda perinatal.

Descritores: Morte Fetal; Pesar; Competência Profissional; Atitude Frente a Morte.

Experiences with perinatal loss from the health professionals' perspective

The purpose of this paper is to know the experience of health professionals in situations of perinatal death and grief and to describe their action strategies in the management of perinatal loss. A qualitative study with a phenomenological approach was carried out through interviews conducted with 19 professionals. Three thematic categories were identified: Healthcare practice, feelings aroused by perinatal loss and meaning and beliefs about perinatal loss and grief. The results revealed that the lack of knowledge and skills to deal with perinatal loss are identified as the main reason behind unsuitable attitudes that are usually adopted in these situations. This generates anxiety, helplessness and frustration that compromise professional competency. The conclusion reached is that the promotion of training programs to acquire knowledge, skills and abilities in management of perinatal bereavement and the development of a clinical practice guideline for perinatal loss are necessary.

Descriptors: Fetal Death; Grief; Professional Competence; Attitude to Death.

Introducción

Culturalmente se publicita la imagen de la maternidad como sinónimo de logro⁽¹⁾, el nacimiento de un hijo es considerado un acontecimiento feliz para las familias pero desgraciadamente algunos embarazos terminan en pérdida.

Los grandes avances científicos y la calidad de la asistencia sanitaria a gestantes y recién nacidos han logrado disminuir la tasa de mortalidad perinatal⁽²⁾. En el caso de España se sitúa en 4,47 por mil nacidos vivos⁽³⁾. Uno de los fenómenos que explica las causas por las cuales actualmente tiene tanta repercusión en los padres la pérdida de un hijo deseado es la disminución del

número de hijos por pareja debido a los cambios sociales, económicos y culturales ocurridos en la sociedad española a finales del siglo XX⁽¹⁾. Esta modificación en el patrón reproductivo sitúa a España como uno de los países con más baja fecundidad, con un indicador de 1,4 hijos por mujer⁽³⁾.

El concepto de pérdida perinatal incluye las pérdidas ocurridas en cualquier momento de la gestación hasta el primer mes de vida del bebé y la cesión de un niño en adopción⁽⁴⁾.

La pérdida perinatal es una experiencia indescriptible para los padres, difícil de asimilar, dado que los bebés

representan el inicio de la vida y no el final. Tras sufrir una pérdida se ponen en marcha una serie de tareas, es lo que se denomina proceso de elaboración del duelo. El duelo es la respuesta normal y saludable a una pérdida⁽⁵⁾. Los padres experimentan las mismas reacciones que las observadas en otras situaciones de duelo, como sentimientos de vacío interior, culpabilidad, irritabilidad, pena abrumadora, temor a un nuevo embarazo, rabia, incredulidad y apatía^(4,6). Un 20% de las madres sufren algún trastorno psicológico como depresión o ansiedad hasta un año después de la pérdida, pudiendo desarrollar desórdenes psiquiátricos que pueden afectar en embarazos posteriores y en la relación con el siguiente bebé⁽⁶⁾.

A nivel profesional, la muerte es un tema tabú y provoca sentimientos negativos como: frustración, decepción, derrota y tristeza⁽⁷⁾. En España existen pocos centros hospitalarios que se hayan planteado pautas de actuación ante la pérdida perinatal por lo que las intervenciones, el cuidado y la formación para la atención de estas situaciones son una asignatura pendiente⁽⁸⁾.

Abordar la pérdida perinatal es una tarea delicada, dicha experiencia no deja indiferentes a los profesionales que no saben cómo deben de comportarse, ni cómo acompañar y cuidar a una mujer y a su pareja cuando han sufrido una pérdida. Es necesario por tanto, saber cómo se interpretan y se abordan las pérdidas perinatales y las percepciones alrededor de dicho fenómeno.

Desde el marco conceptual del holismo, la investigación cualitativa se ocupa de los fenómenos que le suceden a las personas, poniendo el énfasis en los procesos y significados de la experiencia humana o de fenómenos relacionados con ella; por ello, para entender las experiencias humanas, es necesario un marco teórico con una aproximación sistemática y subjetiva que permita describir las experiencias de vida y darles significado⁽⁹⁾.

El objetivo del estudio fue conocer la experiencia vivida por los profesionales de la salud de la Unidad Materno Infantil de un hospital público de tercer nivel en España en situaciones de muerte y duelo perinatal, conocer cuáles eran sus sentimientos, sus emociones, sus preocupaciones; en definitiva sus respuestas humanas y describir las estrategias de actuación ante la pérdida perinatal así como las dificultades sentidas en su abordaje.

Métodos

Se trata de un estudio cualitativo descriptivo con un enfoque fenomenológico⁽¹⁰⁾. Dentro del paradigma constructivista vamos a utilizar como estrategia de investigación la fenomenología por ser la que más se acerca

a nuestro propósito de investigación. La fenomenología es tanto una filosofía como un método de investigación y en concreto la fenomenología fundamentada en Husserl permite comprender una vivencia, tratando de desvelar la esencia de la experiencia.

El estudio fue realizado en la Unidad Materno Infantil del Hospital de Montilla, de Córdoba, España, que proporciona cobertura sanitaria a 63.354 habitantes. Es un centro comarcal que pertenece a la red de hospitales de la Agencia Pública Empresarial Sanitaria Hospital Alto Guadalquivir y que forma parte del Sistema Sanitario Público de la Comunidad de Andalucía. El Área Materno Infantil cuenta con 22 camas distribuidas para pacientes de ginecología, obstetricia y pediatría; la Unidad Neonatal con tres incubadoras y dos cunas térmicas y el Bloque Quirúrgico con cinco quirófanos, dos paritorios y una sala de dilatación.

El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Investigación del Hospital de Montilla y por el Instituto de Consulta y Especialización de Bioética. Se cuidaron los aspectos éticos explicando el objetivo del estudio e informando de cómo se haría la recogida de la información antes de solicitar el consentimiento informado, que fue firmado por todos los profesionales. En todo momento se respetó el anonimato, la confidencialidad de los datos y la participación voluntaria.

Los criterios de inclusión fueron: profesionales de la salud del Área Materno Infantil que hubieran asistido algún caso de pérdida perinatal en el Hospital de Montilla, que su situación laboral no fuese contrato eventual y que accediera voluntariamente a participar. La selección del grupo de participantes fue de tipo intencional, el número de profesionales fue determinado siguiendo el principio de saturación teórica⁽⁹⁾, de acuerdo con la representatividad de los conceptos que emergieron durante el análisis de los datos.

La estrategia de recogida de datos fue la entrevista en profundidad con guión semiestructurado. El guión se elaboró mencionando varias áreas temáticas, introduciendo cada una de ellas por una pregunta abierta guiadas por la teoría y dirigidas a complementar los objetivos del estudio⁽⁹⁾. El guión fue constituido por las siguientes preguntas orientadoras:

¿Podría describir su experiencia acerca de alguna situación de pérdida perinatal en su práctica profesional?, ¿Cómo se siente usted cuando se tiene que enfrentar a estas situaciones?, ¿Qué significa para usted la pérdida perinatal?, ¿De qué manera sus creencias sobre la pérdida perinatal afectan las experiencias de muerte y duelo de los padres?, ¿Cómo cree que viven los padres esta experiencia?

Todas las entrevistas fueron grabadas tras la aprobación de los participantes y transcritas literalmente. Tuvieron una duración entre 60 y 90 minutos, se realizaron en el centro de trabajo de abril de 2007 a febrero de 2008. La fecha exacta y lugar fueron elegidos por los participantes, estableciéndose ambientes tranquilos, libres de interrupciones y que garantizaran la privacidad. Durante la entrevista se recogieron notas de campo que hacían referencia no sólo a la impresión general de la entrevista, sino también a lo observado en ella, en concreto a los aspectos de la comunicación no verbal tales como gestos, expresión facial, posturas, tono de voz y silencios frente a determinados temas⁽⁹⁾; estos matices han quedado reflejados mediante corchetes en los discursos de los informantes. Todas esas observaciones eran anotadas en un diario de investigación, junto con notas de análisis, notas metodológicas y notas personales de los autores de esos diarios.

Las entrevistas fueron validadas en cuanto a contenido por los entrevistados. Una vez transcrita la entrevista les fue devuelta a los informantes para que pudieran revisarla y de este modo verificar su contenido.

El análisis fue realizado siguiendo la propuesta de Taylor & Bogdan⁽⁹⁾, tras sucesivas lecturas de las entrevistas transcritas y las notas de campo se identificaron las unidades de significado y se agruparon en temas comunes. Por último se elaboraron las categorías y subcategorías intentando captar el significado de los discursos y teniendo en cuenta el contexto en que fueron recogidos. La identificación de unidades de significado y su agrupación en temas se hizo teniendo en cuenta el guión previo de dimensiones establecidas, aunque se dejó abierta la posibilidad de incluir nuevas dimensiones de las consideradas previamente. Para dicho análisis se ha utilizado como herramienta el software NVivo 9.

El rigor científico se garantiza a través de la fiabilidad, validez y replicabilidad del estudio⁽⁹⁾, en nuestro caso se contribuyó por: la descripción minuciosa de la metodología utilizada, la transcripción de todas las entrevistas, la saturación teórica y la triangulación de datos e investigadores. Para triangular los datos se estableció su recogida en diferentes momentos del estudio, en diferentes secciones de la Unidad Materno Infantil como Paritorio, Unidad Neonatal y Planta de Hospitalización, por distintos entrevistadores y comparando los relatos de los diferentes informantes. La triangulación de investigadores se fundamentó en el trabajo en equipo y consistió en que tres componentes del equipo investigador fueron entrevistadores y todo el equipo investigador analizó los datos siguiendo la metodología propuesta anteriormente.

Resultados y discusión

En el estudio participaron 19 profesionales de la salud, de los cuales 16 eran mujeres y 3 eran hombres, con edades comprendidas entre 26 y 48 años. Los profesionales pertenecen a cuatro categorías profesionales distintas siendo nueve de ellos enfermeras, tres matronas, cinco auxiliares de enfermería y dos obstetras. El tiempo de experiencia profesional osciló entre los 5 y 20 años.

No se ha podido entrevistar a ningún neonatólogo durante el tiempo de realización del trabajo porque no ha ocurrido ninguna muerte neonatal dentro de los primeros 28 días de vida en el Hospital de Montilla. La causa obedece a que este centro hospitalario comarcal no cuenta con una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) y los recién nacidos que precisaban estos cuidados eran trasladados al hospital de referencia donde posteriormente fallecían. Este aspecto supone una limitación del estudio.

Se identificaron 3 temas esenciales entrelazados: la práctica asistencial, los sentimientos que despierta la pérdida perinatal y el significado y creencias sobre la pérdida y el duelo perinatal. También se detectaron varios subtemas como la formación sobre el duelo perinatal, conocimientos sobre las pérdidas y duelo perinatal, estrategias emocionales, guías de actuación, sensibilización, asertividad, humanización y práctica basada en la evidencia. La práctica asistencial fue el tema principal.

Los resultados y la discusión se exponen mencionando la categoría temática, explicando los hallazgos más relevantes encontrados e ilustrando tales hallazgos con pasajes literales de las entrevistas, identificando el tipo de profesional por un código asignado a su entrevista para garantizar el anonimato y la confidencialidad de los datos registrados, y finalmente contrastando con la literatura científica encontrada al respecto.

La práctica asistencial

Un hecho que se constata en todas las entrevistas es que el episodio asistencial se vive de manera distinta según sea la categoría profesional. La tendencia habitual de los profesionales del estudio es centrarse en los cuidados físicos evadiendo el aspecto emocional en un intento de disminuir su angustia. Por ello ponen en marcha diferentes mecanismos, actitudes y comportamientos en la vivencia de estas situaciones, lo que hace que su actuación no sea en muchas ocasiones la más correcta, reaccionando de manera distante, casi fría y negando la gravedad de la pérdida sobre todo en gestaciones tempranas. Se hace evidente la falta de estrategias, de destrezas y de

recursos de los profesionales entrevistados para afrontar estas situaciones y dar respuesta a las demandas de los padres. No son conscientes de que una actitud profesional inadecuada puede incidir en la correcta evolución del duelo de los padres y se sienten poco preparados para establecer una relación empática.

No suelo entrar en la habitación de la mujer a no ser que tenga que realizar la toma de constantes, canalizar una vía o poner medicación, entonces entro,[baja más la voz] pero no le pregunto nada me avergüenza el no saber qué decir,[silencio] no estoy preparada para abordar los aspectos emocionales (EP10, enfermera)

Voy poco por la habitación porque pienso que la puedo molestar, pero [baja la mirada] es la excusa que me pongo (EP8, auxiliar de enfermería).

La mayoría de las veces olvidas el aspecto psicológico y te centras en los aspectos físicos, pero es porque careces de destrezas a la hora de enfrentarte a la situación y no sabes cómo actuar o qué decir, nos quedamos muy cortos en tener empatía con la mujer y su pareja (EP03, matrona).

Aquí entra mucho la capacidad individual de la relación médico-paciente, yo puedo tener más o menos humanidad pero no domino el tema. Es como cuando tengo a una paciente terminal delante y ¿qué haces?, te planteas cómo enfocarlo, qué decirle, cómo hablarle, pero claro un mal resultado obstétrico no es lo habitual y hay aspectos en el terreno emocional que yo no domino (EP12, obstetra).

Intentas tratar a esos padres un poco diferente, especial; pero yo nunca me he planteado que el que yo la trate de una manera o de otra vaya a modificarle su proceso de duelo (EP05, obstetra).

El momento de comunicar la mala noticia genera ansiedad en el profesional responsable de informar, el obstetra, que a veces compromete su competencia y su valía humana al desconocer hasta que punto la forma en que se haya comunicado la noticia ayudará o dificultará el proceso de duelo e influirá en futuras relaciones médico-paciente.

El que informa siempre es el médico y dependiendo de su personalidad, informa con más o menos delicadeza (EP17, enfermera).

Cuando pones el monitor y no escuchas el latido fetal la cara te cambia y eso lo notan las mujeres. Yo las tranquilizo diciendo que a veces no se nota el latido por la posición que se encuentre el corazón del niño y que voy a avisar al médico para que le haga una ecografía, pero no informo de mis sospechas, eso el médico (EP07, matrona).

Ellos te lo notan el pesar en el gesto y les dices que el feto no tiene latido, que está muerto. Después de ya no te escuchan porque se ponen a llorar y siempre lo primero la pregunta del porqué y después buscan un culpable (EP12, obstetra).

El primer impacto lo recibes tú, que es el que tienes que dar la mala noticia, a eso no te acostumbras y luego la manera de dar la noticia depende de la individualidad de cada profesional (EP05, obstetra).

El trabajo⁽¹¹⁾ realiza tales características al afirmar que a pesar de que los profesionales se esfuerzan en ofrecer una atención integral y holística a la mujer y su pareja, cuestiones emocionales o de conocimiento, hacen que las conductas de la práctica habitual sean a veces contrarias a modos humanistas basados en la relación de ayuda.

Los problemas y dificultades que pueden afectar a la calidad de los cuidados están relacionados con el desconocimiento de las peculiaridades de los padres que han sufrido una pérdida. En este sentido expresan que la formación les facilitaría conocimientos sobre la mejor evidencia disponible para acompañar a los padres en este proceso.

Durante la carrera no te enseñan las estrategias necesarias para apoyar en estas situaciones y la experiencia no es suficiente en estos casos, necesitamos formación (EP15, enfermera).

Estaría bien una guía de actuación, eso favorecería el consenso y el trabajo en equipo (EP03, matrona).

Talleres y cursos donde se nos informara y formara sobre qué hacer y qué no hacer (EP13, auxiliar de enfermería).

No creo que sea necesaria la formación, porque es que te sale el como tratar esa situación (EP05, obstetra).

La formación pues aparece como un reto a desarrollar en materia de cuidados perinatales, siendo una cuestión transversal a otras muchas facetas de la actuación profesional, como así constata, por ejemplo, en materia de seguridad del paciente⁽¹²⁾.

En relación a la atención al parto de un feto muerto, la estrategia que se sigue es la humanización de todo el proceso de parto, disminuyendo las intervenciones innecesarias y respetando las decisiones de la mujer y su pareja en cuanto a intimidad, acompañamiento y plan de parto. Para las matronas entrevistadas, resulta difícil en la práctica habitual ser testigo de una muerte fetal, sobre todo en gestaciones a término.

El parto hay que humanizarlo y facilitar en la medida de lo posible que la mujer se encuentre comfortable, apoyada e informada por la matrona y por el ginecólogo y ser mientras menos intervencionistas mejor (EP12, obstetra).

Tenemos que estar abiertos a sus necesidades y ofrecerles todas las posibilidades como analgesia, postura en el parto, acompañamiento, etc. y que sea la mujer la que decida (EP18, matrona).

El parto de un feto muerto en gestaciones avanzadas es muy duro, no es una situación agradable (EP05, obstetra).

El llanto es lo que más hecho en falta [mirada triste] acostumbrada como estoy a escuchar al niño llorar desde el

momento que nace se te hace difícil, a mí me agobia (EP07, matrona).

Un estudio⁽¹³⁾ revela que cuando se le da la opción a la mujer y a su pareja de decidir cuestiones sobre la inducción del parto, el control del dolor o la postura en el parto se está contribuyendo al normal desarrollo del trabajo de duelo y que por tanto no hay una decisión correcta en estas cuestiones salvo la sobrededación, que debería ser evitada.

A partir de la investigación se revela un elemento central en el ámbito de sus acciones, respetar la decisión de los padres respecto a ver y tocar a su hijo.

Los padres son los que tienen que decidir, dicen que es mejor enseñarlo pero si ella no quiere yo lo respeto (EP03, matrona).

Deben de despedirse y la forma de despedirse es verlo y tocarlo (EP04, enfermera).

La madre lo ve muy pocas veces, el padre más, aunque respeto su decisión de verlo siempre espero a ver cómo nace (EP07, matrona).

Yo siempre ofrezco que lo vean, hay veces que los padres no quieren y son los abuelos o los tíos quienes lo ven y además yo prefiero que alguien lo vea para evitar suspicacias sobre si estaba o no realmente muerto (EP12, obstetra).

Hubo diferentes reacciones en cuanto a proporcionar recuerdos del bebé a los padres, apuntando que desconocen hasta que punto estas opciones puede ayudar a los padres a sobrellevar mejor el duelo.

Yo no sé como ofrecer esas cosas, pero si a la mujer se le ocurre pues entonces sí (EP12, obstetra).

Ese tema es más de la matrona, de todas formas desconozco en que les puede beneficiar a los padres, yo no lo haría, pero respeto otras decisiones (EP05, obstetra).

Creo que las fotografías no son adecuadas, pero yo haría lo que me pidieran los padres, lo del paquetito de recuerdos no me parece mal, pero está claro que son los padres los que tienen que decidir sobre estas cuestiones (EP18, matrona).

Me parece un poco macabro y desagradable el realizar fotografías, vestirlos y realizar un velatorio con toda la familia [denota estar molesta con estas cuestiones]; yo no quisiera que mi bebé macerado lo viera toda mi familia y menos hacerle fotos, no me sentiría bien (EP07, matrona).

Hay muchos prejuicios sobre todo esto, pero porque se tiene un gran desconocimiento sobre el tema (EF9, enfermera).

Las recomendaciones procedentes de la literatura científica evidencian que ver y sostener al bebé y guardar recuerdos como fotos, huellas de pies y manos o un mechón de pelo favorece la superación del duelo⁽¹³⁾.

Sentimientos que despierta la pérdida perinatal

Los participantes no sólo mencionaron sentirse desbordados por la pena, por la frustración y por la impotencia que sienten los padres que pasan por una

situación de pérdida perinatal sino también quedó visible a través de la lectura de sus gestos y expresiones. Estas situaciones generan un gran impacto emocional ya que no sólo tienen que enfrentarse a sus propios sentimientos, sino también a los de los padres y con frecuencia la respuesta emocional es evitar la situación para controlar el estrés profesional.

Es afrontar la muerte [se queda muy pensativa y baja la voz] y es difícil (EP01, enfermera).

Procuro no mirarla a los ojos [silencio], nunca, me da mucha cosa, cuando ya nace el niño mirar a la madre a los ojos me impone un montón (EF19, auxiliar de enfermería).

Nuestros sentimientos no trascienden, pero a mí [se toca con su mano derecha el pecho] me impacta el dolor por el que pasan ellos (EP07, matrona).

Muchos padres se quejan de la soledad con la que viven estas situaciones, lo que ocurre es que los profesionales reaccionan apartándose (EF05, obstetra).

También existe una relación significativa entre las actitudes, reacciones y sentimientos que les supone el proceso de pérdida y las semanas de gestación.

Un aborto no es lo mismo que un feto más grande (EP06, auxiliar).

Cuando ya es una gestación avanzada, el hecho en sí ya es impactante (EP09, enfermera).

Si es un aborto espontáneo de pocas semanas suelo consolar a la mujer diciéndole [cambia a un tono de voz más dulce] "no te preocupes, es mejor así, podría tener una malformación", en cambio en fetos mayores [denota intranquilidad, angustia] no sé que hacer ni qué decir (EP03, matrona).

Los abortos espontáneos se hacen tan rutinarios que a veces no le damos la importancia que tienen y no nos mostramos igual (EP12, obstetra).

La bibliografía consultada pone de manifiesto que la pérdida perinatal tiene un gran impacto emocional no sólo en los padres y en su entorno sino también en los profesionales que les atienden⁽⁴⁾. Los resultados perinatales adversos son difíciles de abordar por los profesionales de la salud y requiere una alta competencia emocional⁽¹⁴⁾.

Los sentimientos manifestados por los profesionales entrevistados son de pena, ansiedad, inseguridad, resentimiento, culpa, rabia, sensación de fracaso e impotencia y están relacionados principalmente con no saber enfrentarse y manejar estas situaciones.

Me genera mucha impotencia el no saber qué decirles en esa situación (EP02, enfermera).

Me da mucha pena, siento una gran tristeza (EP13, auxiliar de enfermería).

Es una mezcla de todo un poco, ansiedad, rabia, agobio, impotencia y luego te llevas una semana dándole vueltas al caso, pensando si lo has hecho bien (EP07, matrona).

Este hallazgo coincide con lo aportado por otro trabajo⁽¹⁵⁾ que a su vez señala que las situaciones de pérdida perinatal obligan a los profesionales a recurrir a mecanismos de defensa tales como distanciarse de los padres desolados para proteger su propia vulnerabilidad emocional, al sentirse incapaces de acompañar y cuidar a la mujer y su pareja en este tipo de pérdidas.

La sensación de fracaso y culpa son sentimientos a los que se enfrentan los obstetras del estudio y están muy ligados tanto a las semanas de gestación como a la relación médico-paciente. El sentimiento de culpa aumenta con las semanas de gestación, de manera que mientras más a término sea la pérdida más aumenta la vivencia de culpa.

Los malos resultados perinatales se viven mal [baja la mirada], es un sentimiento de rabia, de frustración más que nada, sientes mucha impotencia por lo que ha pasado y te preguntas si podrías haber hecho algo para cambiar esa situación y le das vueltas al caso preguntándote qué puede haber ocurrido. Además mientras más cerca del embarazo esté la pérdida más culpable te puedes tú sentir y también influyen otros factores como el grado de involucración que hayas tenido durante el embarazo, porque no es lo mismo una paciente que se ve por primera vez en una guardia que si las has controlado durante la gestación, en este último caso te implicas emocionalmente y te genera más frustración y sentimiento de culpa y durante unos días te queda un desasosiego [gesticula con las manos sobre el abdomen]. Hasta que digieres ese mal trago la moral la tienes más baja, estás un poco desanimado, pero lo más es la impotencia de que lo has hecho todo correctamente y ha pasado (EP12, obstetra).

Se conoce muy poco sobre cómo afectan las pérdidas perinatales a los obstetras. En un estudio realizado a obstetras americanos se constató que durante un año, estos profesionales podrían atender a 12 mujeres con un aborto espontáneo y uno o dos casos de muerte anteparto o de fallecimiento de un recién nacido. Esta investigación destacó la repercusión a nivel emocional de las pérdidas sobre los obstetras, destacando el sentimiento de culpa sobre todo en muertes donde la causa no está justificada⁽¹⁶⁾.

Significado y creencias sobre la pérdida y el duelo perinatal

Los participantes perciben el aborto espontáneo y el parto de un feto muerto como una pérdida real para los padres. El significado que tiene la pérdida perinatal está relacionado con la edad gestacional, por lo que una pérdida temprana no se considera como la muerte de un bebé, sino más bien como la pérdida de ilusiones y expectativas y al ser una situación más común no le dan la importancia que tiene. En cambio las pérdidas tardías las consideran

una experiencia muy dolorosa para los padres.

Hay mucho más impacto cuanto más cerca del parto se está (EP05, obstetra).

A las gestaciones tempranas no se les da tanta importancia [mueve los hombros y gesticula con el gesto denotando ese matiz], pero cuesta mucho trabajo asimilar cómo un niño a punto de nacer se pueda morir (EP03, matrona).

Es una pérdida importante, pero depende del mes de gestación en el que se encuentre, (EP14, auxiliar de enfermería).

Es una frustración de unas expectativas, una sensación de vacío y muy difícil para la pareja (EP04, enfermera).

La literatura muestra que los padres van elaborando ciertas expectativas, promesas, fantasías, sueños e ilusiones con la llegada del bebé y que los avances tecnológicos posibilitan un lazo temprano entre los padres y su hijo⁽¹¹⁾.

Los discursos de los entrevistados mostraron que el duelo perinatal es un proceso que los padres realizan para superar la pérdida. Es un proceso natural, necesario y cada madre y padre lo va a vivir de una manera distinta según la edad gestacional, las dificultades para concebir y la propia personalidad de los padres y familia. La duración y las manifestaciones del duelo están en concordancia con las semanas de gestación.

Se vive de distinta manera según sean las semanas de gestación (EP08, auxiliar de enfermería).

Es la respuesta por parte de los padres y familia que rodea a ese niño que muere, como responde ante eso (EP10, enfermera).

Depende de muchas variables, no es lo mismo que sea su primer embarazo o que ya tenga más niños o que haya tenido más abortos y piense que no pueda tener más hijos (EP18, matrona).

La duración depende de las semanas de gestación, hay abortos espontáneos que son inconsolables, pero conforme avance más el embarazo y la pérdida perinatal esté más cercana al parto, el duelo es mucho mayor y más profundo (EP12, obstetra).

El impacto psicosocial de la pérdida perinatal ha sido estudiado ampliamente en los últimos 25 años, estos padres experimentan las mismas reacciones de aflicción que las observadas en otras situaciones de duelo, e incluso pueden llegar a ser más intensas por la falta de visibilidad social del duelo perinatal⁽⁴⁾. El aborto espontáneo y la muerte fetal son experiencias devastadoras para los padres y algunas mujeres tienen grandes dificultades para recuperarse tras la pérdida⁽⁶⁾.

Consideraciones finales

Esta investigación nos ha permitido comprender el fenómeno de las pérdidas perinatales desde la experiencia de los profesionales implicados en su atención, revelando facetas de su abordaje.

Cabe destacar que cuando ocurre una pérdida perinatal todos los profesionales de la Unidad Materno Infantil están implicados en el proceso, lo cual denota el carácter multidisciplinar que implica este tipo de fenómenos.

En este sentido, 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 llave que permitirá a los profesionales de la salud gestionar de un modo constructivo la pérdida perinatal.

Este estudio debe ser objeto de reflexión y servir de incentivo para elaborar una guía de atención para el abordaje de la pérdida perinatal que reduzca la ansiedad de los profesionales y ofrezca una atención más sensible y empática a los padres.

Referencias

1. Maroto Navarro G, García Caliente MA, Mateo Rodríguez I. El reto de la maternidad en España: dificultades sociales y sanitarias. *Gac Sanit.* 2004;18(Supl 2):13-23.
2. Río Sánchez I, Bosch Sánchez S, Castelló Pastor A, López Maside A, García Sencherms C, Zurriaga Llorens O, et al. Evaluación de la mortalidad perinatal en mujeres autóctonas e inmigrantes: influencia de la exhaustividad y la calidad de los registros. *Gac Sanit.* 2009;23(5):403-9.
3. Instituto Nacional de Estadística (ES). Movimiento natural de la población [acceso 6 marzo 2010]. Disponible em: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>
4. Hutti M. Social and professional support needs of families alter perinatal loss. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2005;34(5):630-8.
5. Oviedo Soto S, Urdaneta Carruyo E, Parra Falcón FM, Marquina Volcanes M. Duelo materno por muerte perinatal. *Rev Mex Pediatr.* [periodico na Internet]. 2009. [acceso 20 set 2010]; 76(5):215-9. Disponible em: <http://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2009/sp095e.pdf>
6. Badenhorst W, Hughes P. Psychological aspects of perinatal loss. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2007;21(2):249-59.
7. Cardeal da Costa J, García de Lima RA. Luto da equipe: revelações dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado à criança/adolescente no processo de morte e morrer. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* [periódico na Internet]. 2005. [acceso 15 set 2008];13(2):151-7. Disponible em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000200004&lng=es&nrm=iso
8. López García de Madinabeitia AP. Duelo perinatal: un secreto dentro de un misterio. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 2011;31(109):53-70.
9. Taylor SJ, Bogdan R. Introduction to qualitative research methods: A guidebook and resource. 3rd. ed. New York: Wiley; 1998. 352 p.
10. Driessnack M, Sousa VD, Mendes IAC. Revisión de diseños relevantes para enfermería: parte 2: diseños de investigación cualitativa. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* [periodico na Internet]. 2007 [acceso 15 set 2008];15(4) Disponible em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n4/es_v15n4a25.pdf
11. Gálvez Toro A, Amezcua M, Salido Moreno MP. La construcción social de los sentimientos. La muerte del sujeto que nace. *Index Enferm.* [periódico na Internet]. 2002 [acceso 19 fev 2010];39:29-34. Disponible em: http://www.index-f.com/index-enfermeria/39revista/39_articulo_29-34.php.
12. Martínez Qués A, Hueso Montoro C, Gálvez González M. Fortalezas y amenazas en torno a la seguridad del paciente según la opinión de los profesionales de enfermería. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* [periodico na Internet]. 2010 [acceso 10 set 2010];18(3):339-45. Disponible em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000300007&lng=es&nrm=iso
13. Gold KJ, Dalton VK, Shwenk TL. Hospital care for parents after perinatal death. *Obstet Gynecol.* 2007;109(5):1156-66.
14. Roehrs C, Masterson A, Alles R, UIT C, Rutt P. Caring for families coping with perinatal loss. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2008;37(6):631-9.
15. Chan MF, Arthur DG. Nurses' attitudes towards perinatal bereavement care. *J Adv Nurs.* 2009 Dec;65(12):2532-41.
16. Gold KJ, Kuznia AL, Hayward RA. How physicians cope with stillbirth or neonatal death: a national survey of obstetricians. *Obstet Gynecol.* 2008 Jul;112(1):29-34.

Recibido: 17.11.2010

Aceptado: 11.10.2011

Como citar este artículo:

Pastor Montero SM, Romero Sánchez JM, Hueso Montoro C, Lillo Crespo M, Vacas-Jaén AG, Rodríguez-Tirado MB. La vivencia de la pérdida perinatal desde la perspectiva de los profesionales de la salud. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. nov.-dic. 2011 [acceso: / /];19(6):[08 pantallas]. Disponible en: _____

día
mes abreviado con punto
año

URL