



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY

**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**ESCUELA DE PARTERAS**

**Rol de la Obstetra Partera ante el diagnóstico de Óbito Fetal.  
Comunicación y duelo.**

Trabajo Final de Grado presentado como requisito para la obtención del título

**Obstetra Partera/o**

**Autoras:** Br. Maria Gimena Luzardo Medina

Br. Maria Jesús Pieruccioni Pons

Br. Romina Belen Arrospide Olaza

**Tutora:** Prof. Adj. Mag. Carolina Farías

**Co-tutora:** Asist. Obst. Part. Fernanda Rodrigues

**Montevideo, Agosto 2022**

# Aradecimientos

Agradecemos en primer lugar a Carolina y Fernanda (tutora y co tutora) quienes aceptaron acompañarnos y guiarnos en nuestro trabajo final, sin ellas no hubiera sido posible.

A todos los docentes y Obstetras Parteras que fueron parte del proceso de nuestra formación y que siempre estuvieron apoyándonos en el proceso, a los compañeros que hemos tenido a lo largo de esta carrera, con los que compartimos guardias, días de estudio. Muchos de ellos se volvieron amigos y futuros colegas.

A nuestras familias, parejas y amigos quienes estuvieron desde el día uno acompañándonos y apoyándonos durante todo éste proceso que fue transitar nuestra carrera.

Yo Romina quiero hacer un agradecimiento especial a mi hija Ruffina, la cual llegó casi al comienzo de esta hermosa carrera y fue el gran motor para que hoy pudiera llegar hasta acá.

Dar las gracias a Belen Piñeyrúa, fundadora de la asociación “Luz del Cielo” quien se abrió a contarnos cómo es su funcionamiento y con qué finalidad es que lo hacen y el gran resultado que han obtenido, lo beneficioso para las familias. También a Alba Martínez por habernos brindado el apoyo con la traducción.

Agradecer también de haber llegado hasta acá, que desde el primer día se veía algo tan lejano. Sentir también orgullo de haberlo logrado, las tres somos del interior del país, con todo lo que implica transitar una carrera con mucha carga horaria. Ésto implica horas de viaje, estar lejos de casa, lejos de los afectos.

Agradecemos por el compromiso, la labor, por habernos apoyado entre nosotras mismas en éste proceso de trabajo final, en el cual tuvimos altibajos pero ahí estuvieron Carolina y Fernanda para darnos impulso.

## Índice

<b>Resumen</b>	<b>5</b>	
<b>Abstract</b>	<b>6</b>	
<b>Fundamentación</b>	<b>7</b>	
<b>Objetivos</b>	<b>10</b>	
<b>Capítulo</b>		<b>I</b>
<b>Aspectos clínicos</b>	<b>11</b>	
1.1 Definición y clasificación del óbito fetal.	11	
1.2 Causas de la muerte fetal intraútero	12	
1.3 Estudio para el diagnóstico etiológico	13	
1.4 Protocolo para el examen de mortinatos	14	
<b>Capítulo</b>		<b>II</b>
<b>Aspectos psicológicos</b>	<b>16</b>	
2.1 Vivencia de los padres tras la noticia.	16	
2.2 Vivencias de las Obstetras Parteras	21	
2.3 El duelo y sus fases	22	
<b>Capítulo</b>		<b>III</b>
<b>Acompañamiento en el ámbito hospitalario.</b>	<b>29</b>	
3.1 Cómo comunicar la noticia a los padres.	29	
3.2 Interrupción del embarazo: ¿parto o cesárea?	32	
3.3 Recuerdos que nos llevamos a casa	34	
3.4 ¿Qué pasa después?	36	
3.5 Lactancia post óbito	37	
<b>CAPÍTULO</b>		<b>IV</b>
<b>Acompañar en el puerperio extrahospitalario.</b>	<b>41</b>	
4.1 La vuelta a casa sin el bebé.	41	
4.2 Licencia post óbito fetal.	44	
4.3 Círculos de duelo.	45	
4.4 Nuevo embarazo luego de una muerte fetal.	46	

**Consideraciones finales**

**48**

**Bibliografía**

**52**

# Resumen

El presente trabajo final de grado aborda la inquietud sobre la comunicación y el acompañamiento a los padres sobre el diagnóstico de óbito fetal, desde el punto de vista psicológico y emocional, basándonos en el rol de la Obstetra Partera.

Realizamos un trabajo de tipo monográfico, donde realizamos una búsqueda bibliográfica y su análisis, acerca de los aspectos clínicos del diagnóstico de óbito fetal, los aspectos psicológicos tanto desde el punto de vista de los padres que sufren la muerte de su bebé como también el de las Obstetras Parteras que los asisten, el acompañamiento que se les brinda en el ámbito hospitalario y cómo acompañar en el puerperio posteriormente.

En el mismo abarcamos aquellos aspectos que nos servirán para poder responder nuestras mayores incógnitas, como ser, poder identificar si existían protocolos para la atención hacia la mujer en casos de óbito fetal, conocer herramientas para poder aplicar en caso de que nos encontremos frente a un óbito fetal y por último investigar sobre grupos de apoyo hacia las familias y hacia nosotros como parte del equipo de salud.

Debemos destacar que mientras íbamos realizando éste trabajo final fuimos incorporando conocimientos, como por ejemplo: cómo comunicar, cómo acompañar a la familia y sobre todo cómo poder ayudarlos a transitar por el proceso de duelo de una manera más reconfortante para ellos y para nosotras como futuras Obstetras Parteras. Creemos necesario llevar dichos conocimientos a los diferentes Hospitales del país, principalmente a Centros de Salud del interior donde vimos una mayor escasez de conocimiento frente a éste tema.

También creemos necesaria la creación de un protocolo general y/o la formación académica para los profesionales estar mejor preparados para dichos diagnósticos y su manejo, ya que mediante la búsqueda bibliográfica de éste trabajo apreciamos que el personal de salud no se encuentra preparado para poder enfrentar una situación de óbito fetal.

Palabras Claves: Óbito fetal, duelo, protocolos, aspectos psicológicos.

# Abstract

This final degree project approaches the concern about communication and support to parents with the diagnosis of stillbirth, from the psychological and emotional point of view, based on the role of the Obstetrician Midwife.

We carried out a monographic type work, where we did a bibliographic search and its analysis, about the clinical aspects of the diagnosis of stillbirth, the psychological aspects both from the point of view of parents who suffer the death of their baby as well as that of the Obstetric Midwives who assist them, the support provided to them in the hospital environment and how to accompany them in the puerperium afterwards.

In the monograph we cover those aspects that will help us to be able to answer our greatest unknowns, such as being able to identify if there were protocols for the care of women in cases of fetal death, knowing tools to be able to apply in case we find ourselves facing a stillbirth and finally investigate about support groups for families and for us as part of the health team.

We must emphasize that while we were carrying out this final work we were incorporating knowledge, such as: how to communicate, how to support and, above all, how to help families to go through the grieving process in a comforting way for them and for us as future Obstetricians Midwives. We believe it is really necessary to bring that knowledge to the different Hospitals in the country, mainly to Health Centers in the non-metropolitan area where we saw a greater lack of knowledge on this subject.

We also believe it is necessary to create a general protocol and/or academic training for professionals to be better prepared for these diagnoses and their management, since through the bibliographic search of this work we appreciate that health personnel are not prepared to face stillbirth situations.

Keywords: Fetal death, grief, protocols, psychological aspects.

# Fundamentación

El siguiente trabajo final de grado plantea conocer el abordaje desde el punto de vista obstétrico, de la comunicación del diagnóstico de muerte fetal también denominada óbito fetal, la cual se refiere a la muerte del feto antes de su nacimiento.

Nuestra inquietud para estudiar dicha temática surge en base a nuestra experiencia en la práctica clínica, donde hemos podido observar a diferentes profesionales de la salud abordar el acompañamiento hacia esas familias que atraviesan la muerte fetal de diversas maneras ya sea desde cuando se le informa a la mamá sobre el diagnóstico de óbito y siguiendo posteriormente con el nacimiento de éste.

En la corta experiencia clínica que tenemos y en los casos que pudimos presenciar, muy pocas veces se abordó el tema planteado dentro del equipo de salud, a pesar de que éste tipo de situaciones implica un desempeño profesional en varias etapas y evaluación de diferentes profesionales de la salud, como lo es por ejemplo, la asistencia psicológica.

Por lo que nos surgió la incógnita de si tenemos acceso a protocolos o guías que nos puedan ayudar a profundizar y de esa manera ampliar nuestros conocimientos para mejorar la asistencia hacia esas familias que están atravesando por una situación tan difícil como lo es la pérdida de un hijo.

También nos parecía relevante saber cómo se manejan las Obstetras Parteras desde el punto de vista psicológico y emocional tras la experiencia de aquellas que ya pasaron por una muerte fetal en sus carreras y cómo afecta eso nuestro acompañamiento al nacimiento.

Nos proponemos mediante éste trabajo final de grado revisar publicaciones

sobre dicha temática en la etapa de formación en la cual nos encontramos con el fin de obtener conocimientos teóricos que nos sirvan para tomar una conducta correcta en caso de enfrentarnos a una situación similar y así acercarnos a un resultado favorable a la hora de comunicarlo a esa madre, padre y familia implicada, pudiendo brindar de esa manera la mejor asistencia tanto profesional como humana, teniendo empatía por el otro y sabiendo cómo actuar para que esa familia se sienta apoyada y contenida frente a la situación tan dolorosa que debe de afrontar.

Para el desarrollo del trabajo optamos por dividir el marco teórico y su análisis en cuatro capítulos. En el primer capítulo, se presentan los aspectos clínicos para el diagnóstico de óbito fetal, basándonos en protocolos de diferentes instituciones y diferentes autores. Un segundo capítulo, aborda los aspectos psicológicos que involucran a la familia en la pérdida gestacional, pero también teniendo presente al equipo de salud, especialmente a las Obstetras Parteras. Para el tercer capítulo tomamos en cuenta la compañía a esa madre, padre y/o familia dentro del ámbito hospitalario, herramientas que podemos utilizar como lo son los recuerdos que nos llevamos a casa tras la pérdida, también abordamos la lactancia y la licencia post óbito. Y para finalizar decidimos basarnos para el cuarto capítulo en la vuelta a casa, es decir, todo lo que conlleva la salida del Centro Hospitalario, el acompañamiento al personal de salud y lo que son los círculos de duelo.

A su vez, encontrarán al finalizar la monografía un último capítulo con un análisis reflexivo de ésta, contemplándose en el apartado de consideraciones finales.



# Objetivos

## General:

Recabar información para que las Obstetras Parteras puedan brindar una mejor atención en la comunicación y acompañamiento a la madre, acompañante y familia frente a un óbito fetal.

## Específicos:

- Investigar sobre pautas y/o protocolos aptos para el abordaje del óbito fetal.
- Distinguir acciones y atención apropiadas para ser aplicadas luego de ser comunicado el diagnóstico de óbito fetal a la usuaria, acompañante y familia.
- Investigar sobre grupos de apoyo y círculos de duelo para padres que padecieron un óbito fetal.

# Capítulo I

## Aspectos clínicos

En el siguiente capítulo se desarrollarán los aspectos clínicos de la muerte fetal, tales como la definición de óbito y su clasificación según la edad gestacional en la cual se realiza el diagnóstico, se hará también una descripción de las causas del mismo. Además, ahondaremos en el proceso de estudio para el diagnóstico etiológico del óbito, y se explicará cual es el protocolo a seguir para el examen de los mortinatos.

### 1.1 Definición y clasificación del óbito fetal

El óbito o muerte fetal, es aquella que se produce antes de la expulsión o extracción completa del feto, es uno de los eventos más difíciles que se debe enfrentar en una Sala de Maternidad, tanto para la mujer y su familia, como para el equipo de salud, estando asociado a resultados adversos bio-psico-sociales profundos a largo plazo.

Para la Organización Mundial de la Salud (2011) se define la muerte prenatal como la ausencia de signos vitales en un feto con un peso mayor o igual a 500 gs, mayor o igual a 22 semanas de gestación o 25 cm o más de longitud corporal.

Según Acosta, et al, (2021) las pautas para clasificar o diagnosticar una muerte fetal según la edad gestacional en la cual éste sucede son las siguientes:

- *Muerte fetal temprana* u “abortos” “abortos espontáneos”: fetos de menos de 22 semanas de gestación y/o menor a 500 gs de peso.
- *Muerte fetal intermedia*: comprende fetos de entre 22 a 28 semanas de

gestación y/o peso entre 500 gs a 999 gs.

- *Muerte fetal tardía*: incluye muertes fetales a partir de los 1000 gs de peso y/o mayores a 28 semanas de gestación.

Es de destacar que cuando se trata de un aborto, muerte fetal temprana (Lozano y Rodriguez, 2007), éste es considerado pieza anatómica por lo tanto no necesita la realización de certificado de defunción. Cuando corresponde, el mismo se realiza, según el artículo número 4 del Decreto N°276/019 perteneciente a la Ley N°19628, en óbitos mayores a 20 semanas de edad gestacional y/o con un peso superior a 500 gr. Dicho certificado lo completará un Doctor en Medicina.

## 1.2 Causas de la muerte fetal intraútero

Las causas de la muerte fetal son difíciles de determinar con certeza ya que muchas veces son multifactoriales. Según Rojas, et al (2006) y Chacón, et al, (2016) debemos tener en cuenta algunos factores de riesgo que pueden llevarnos a dicho acontecimiento tales como: edad materna avanzada, tabaquismo, elevado índice de masa corporal, patologías como estados hipertensivos, diabetes, trombofilias, infecciones, uso de drogas ilícitas, entre otras, embarazo mal controlado o sin control y bajo nivel cultural.

Para Bloom, et al (2019), las causas de óbito fetal son múltiples: i) complicaciones obstétricas como por ejemplo desprendimiento prematuro de la placenta normoinserta, ii) gestaciones múltiples, iii) rotura de membranas, iv) anomalías placentarias como la insuficiencia placentaria o trastornos vasculares maternos, v) malformaciones fetales, vi) anomalías del cordón umbilical como por ejemplo los prolapsos o trombosis, viii) patologías maternas como por ejemplo diabetes o hipertensión.

Para sospechar de muerte fetal intrauterina hay varios aspectos clínicos a tener en cuenta, según Schwarcz, et al (2005) son los siguientes: el malestar general,

el mal sabor de boca, la desaparición de los síntomas neurovegetativos, la secreción calostrada y regresión del tamaño de los senos, desaparición de la percepción de los movimientos fetales (tanto de la mamá como del técnico), auscultación fetal negativa, secreción transvaginal sanguinolenta acuosa como consecuencia de la caída hormonal (estrógenos) a medida que transcurren los días el cuello de útero aumenta su consistencia. Desde los datos clínicos se destacan como relevantes la ausencia de movimientos fetales, la altura uterina estacionaria y la ausencia de latidos fetales. Si bien éstos parámetros nos hablan de un indicio alto de muerte fetal intrauterina, es de suma importancia la confirmación de dicho diagnóstico mediante una ecografía, teniendo de esa manera un diagnóstico de certeza. Además de confirmar el diagnóstico, mediante la ecografía también se valorará el tipo de presentación, peso fetal estimado, líquido amniótico, inserción placentaria y presencia de anomalías fetales. Pudiendo de esa manera determinar la vía de finalización de dicho embarazo.

### 1.3 Estudio para el diagnóstico etiológico

Para la realización de un diagnóstico etiológico del o los óbitos, según Bajo Arenas, et al (2007), es fundamental la revisión detallada de la historia clínica de la madre para obtener información acerca de sus antecedentes familiares, personales y obstétricos que orienten hacia una posible causa. Ésta revisión debe incluir la existencia de abortos previos, malformaciones fetales y patologías tanto en gestaciones previas como en la actual. Se debe hacer hincapié en interrogar a la madre acerca del tiempo que lleva sin percibir movimientos fetales, en caso de que hubiera presencia de pérdida de líquido amniótico interrogar sobre la evolución de esa pérdida y también valorar la posibilidad de que haya existido pérdida de sangre a través de los genitales o dinámica uterina en los días previos.

Se explorará a la paciente, valorando en primer lugar la frecuencia cardíaca, temperatura y presión arterial y se realizará una exploración vaginal para ver si existe rotura de membranas, sangrado vaginal y descartar patología funicular, como un prolapso de cordón. Por otro lado según Esteve, et al (2020) tenemos estudios

paraclínicos a solicitar para que nos de indicios de la causa de tal episodio como por ejemplo hemograma, perfil hepático, coagulación, serologías para toxoplasmosis, rubeola, HIV, CMV, VDRL, VHB y VHC, cuantificación de hemoglobina fetal o células RhD en sangre materna, grupo sanguíneo materno en caso que se desconozca, anticuerpos fosfolipídicos, drogas en orina y amniocentesis.

Una vez que se produce el parto es fundamental realizar una adecuada valoración del feto y de la placenta. El tiempo que se precisa para hacer dicha valoración es corto, siendo lo más importante ceñirse a un protocolo, para describir de forma sistemática cada parte de la anatomía fetal. Se describirán minuciosamente las anomalías encontradas, así como los posibles estigmas que pudieran asociarse a cromosomopatías.

## 1.4 Protocolo para el examen de mortinatos

Luego de que suceda el nacimiento ya sea por vía vaginal o cesárea, es necesario realizar la valoración del feto, placenta y anexos ovulares mediante un protocolo para el examen de mortinatos, el cual debe llevar poco tiempo y el mismo se utilizará para detallar cada parte de la anatomía fetal.

Según los autores Gonzalez, et al (2007), en éste se realizará como mencionamos anteriormente la descripción detallada de: feto, cordón umbilical, líquido amniótico y placenta. En cuanto al *feto* lo que se valora al momento del exámen es si se visualizan malformaciones a simple vista o anomalías, posibles signos que puedan asociarse a cromosomopatías, manchas en la piel, grado de maceración y color del feto. En cuanto al análisis del *cordón umbilical* se buscarán indicios de procidencias, circulares de cordón ya sea en cuello, bandolera o pierna, hematomas, la cantidad de vasos y la longitud de éste. Por su parte, del *líquido amniótico* se valorará la presencia de meconio o sangre observando el color del mismo. Por último de la *placenta* se valorará el peso, la presencia de coágulos adheridos, anormalidades estructurales, inserción o existencia de edema como consecuencia de hidrops fetal.

Según Bajo Arenas, et al (2007) la necropsia se realiza con previa autorización de los padres y debe ofrecerse de forma sistemática. Es recomendable que la misma sea realizada por un patólogo con experiencia en trastornos fetales y placentarios y asistido por un equipo que incluye especialistas en medicina materno-fetal, genética y especialistas en pediatría. Dentro del estudio necrópsico, resulta esencial la realización de un análisis macroscópico tanto externo como interno y un examen microscópico de todos los órganos fetales, especialmente de aquellos en donde, por la índole del caso, pueda estar la causa de muerte.

# Capítulo II

## Aspectos psicológicos

En éste capítulo abordaremos la reacción y repercusión psico-emocional de los padres que reciben la noticia de óbito fetal, y de las Obstetras Parteras que los acompañan.

Al abordar éste capítulo vimos que la familia deberá batallar contra las repercusiones de la noticia y por lo tanto deberá lidiar con el dolor de la pérdida de su bebé, iniciando de esa manera un proceso de duelo, el cual está comprendido de varias fases.

Por otra parte las Obstetras Parteras son quienes acompañan en primera línea éste proceso que mencionamos anteriormente, respondiendo dudas y acompañando a esa familia. Cabe destacar que éstas también pueden padecer un proceso de duelo por lo que lo desarrollamos en mayor profundidad en dicho capítulo.

### 2.1 Vivencia de los padres tras la noticia

Según Gómez-Ulla y Contreras Garcia (2015), el proceso de éste duelo es encabezado por el impacto de la noticia de óbito fetal, es ahí donde comienza un proceso prolongado, agotador y doloroso, ya que como padres siempre, o la gran mayoría de las veces se idealiza un cuadro “perfecto” de un embarazo sin problemas y un bebé sano. La mamá y la familia vive a éste bebé que está en el vientre como una presencia real, es un bebé que ella sintió moverse, que escuchó sus latidos y lo vió en las ecografías. Por ésta razón, la noticia de la muerte es devastadora, porque en ningún imaginario

entró la posibilidad de no tener un bebé con vida. En ese momento se quiere creer que ésta triste y dura noticia no es verdad, que es una pesadilla. También aparecen sentimientos de culpa, es decir, el cuestionamiento sobre si esa mamá podría haber hecho algo para prevenir lo sucedido o de que si ésto fue causado por algo que hizo. También se cuestiona el momento de la consulta si es que se podría haber evitado con una consulta precoz, ya que las Obstetras Parteras siempre somos insistentes con los movimientos fetales, ya que éstos son un indicio de vitalidad fetal. Muchas veces ocurre que la mamá lo deja de sentir pero inconscientemente no consulta o la retrasa para evitar de alguna manera que se de esa realidad que en su interior está presente, tratando de evitar de esa manera la confirmación de óbito.

La culpa también puede proyectarse al personal de salud que los atendió, imponiendo que ellos podrían haber hecho algo antes o de cómo no se dieron cuenta de lo que estaba sucediendo para de esa manera adelantar el nacimiento y evitar la muerte de su bebé, buscando un responsable de lo que está pasando. Sin duda, todos éstos sentimientos son normales y esperados porque la idea de la muerte de un bebé es algo que está más allá de lo que se pueda racionalizar.

No es nada confortable para el personal dar la noticia y acompañar todo el proceso que ésta requiere, comienza un proceso tedioso para los padres, sin límites de tiempos y que cada una de las etapas por las que se transitan son cuan dolorosas como la noticia en sí, pero es necesario el proceso de éste duelo (Defey et al, 1992).

Doblemente duelo podríamos decir, ya que la mamá al momento de tener a su bebe ya transita por un proceso de duelo. Dejando ese cuerpo de embarazada con la transformación que éste ha tenido, siendo por tanto tiempo dos personas en uno. Lo maravilloso que es el cuerpo de la mujer, como dijo Parodi (2015) “La suerte de llevar dentro dos corazones”. Dejar

éste estado y esperar a nuestro bebe del otro lado de la piel es uno de los primeros duelos por lo que atraviesa la madre.

Una vez que la muerte fetal es confirmada y transmitida la noticia a los padres, se puede decir que comienza a transcurrir el proceso de duelo. Pero a su vez se debe transitar por un proceso más aún que es el momento mismo del nacimiento. Éste nacimiento poco tendrá de mágico y feliz, donde conoceremos al bebé que tanto se ansía, se imagina y anhela. En éstos casos, se convierte en un momento donde se estará cara a cara con el dolor, la muerte y la separación.

En cuanto a la interrupción de la gestación en la mayoría de los casos se opta por una inducción farmacológica si la situación obstétrica de la paciente lo amerita, claramente debe de haber una previa conversación entre el equipo de salud y la familia para así informarles las opciones y que es lo que es más favorable en su caso con el fin de evitar una cesárea innecesaria, sabiendo que ésta conlleva riesgos importantes como toda cirugía y además dejando una cicatriz, la que cada vez que esa mamá vea la traerá una y otra vez a éste momento. Por otro lado, el parto vaginal conlleva beneficios en cuanto a la recuperación física de la mujer y una pronta recuperación de la capacidad reproductiva sin efectos secundarios, como puede ocurrir en el caso de cesárea. De todas formas, la decisión final siempre es de la mujer (Marin et al, 2013)

Defey, et al, (1992), nos hace referencia a que luego del parto de un óbito está la incertidumbre de ver o no ver al hijo muerto. Hay familias que deciden no verlo por miedo a la imagen con la que se puedan quedar, como por ejemplo en el caso de que éste óbito se haya dado por malformaciones y prefieren quedarse con la ilusión de cómo hubiese sido ese bebé. Por otro lado, existen familias que deciden verlo a pesar de las circunstancias y se ven invadidas por una profunda tristeza, apareciendo nuevamente el sentimiento de desilusión, de que ya no tendrán ese bebé ideal con el que soñaban, si no

que se encuentran frente al cuerpo de un bebé sin vida.

Ésta etapa es acompañada muy de cerca por el personal de salud y se trata de empatizar al máximo con la familia, se les entrega el bebé para que ésta pueda verlo, sentirlo, olerlo, fotografiarlo. Es importante que se respete el ritual que la familia decida realizar y a quienes ellos deseen hacer partícipes de éste momento, considerando que será el único que tendrá a su bebé consigo (Defey et al, 1992). Hoy en día se utilizan diferentes protocolos para que la familia se pueda quedar con recuerdos tangibles de su bebé, que posteriormente ayudarán en el proceso de duelo, de los cuales hablaremos en el capítulo 4.

A continuación del parto se inicia el puerperio, según Melo (2018) y Schwarcz,R, et al, (2005) en éste proceso se ven cambios fisiológicos donde el cuerpo de la mujer vuelve a su estado previo al embarazo a excepción de las mamas, pero también es un periodo de un gran proceso psicológico. En un puerperio fisiológico además de los cambios físicos, debemos hacernos cargo de un bebé que depende explícitamente de la mamá, ésto lleva a un agotamiento y aglomerado de sentimientos. Sin embargo en el puerperio post óbito si bien los cambios fisiológicos ocurren como en un puerperio normal, éste se ve inundado por la tristeza de un no bebé, impactado por la pérdida del mismo. Se transita un puerperio con dolor no solo físico sino que psíquico y emocional.

Haciendo referencia a lo fisiológico y no menos importante, el cuerpo de la mamá está a la espera de ese bebé para amamantarlo, es tan contradictorio ese proceso y es donde debemos tomar la decisión y lidiar con la misma. Olaya Rubio (2018) nos hace plantearnos que en éste caso es decisión de la madre el poder inhibir la lactancia de forma farmacológica o también se le da la opción a la mamá de poder donar su leche y realizar un proceso de reducción y finalización de la producción de leche de forma natural.

Muchas veces en ésta etapa tan importante de puerperio y en el transcurso

de éste período de duelo la tristeza se ve somatizada en insomnio, fatiga, dolores de cuerpo, etc. Aparece el miedo y la incertidumbre de cómo seguir , de si realmente se puede seguir luego de una pérdida tan grande.

Debemos destacar a la pareja, a ese papá que idealiza también a ese bebé , que debe luchar con el dolor de esa pérdida, asimilarlo y cumplir el rol de acompañar a su pareja y transitar juntos éste proceso de duelo. Siendo éste quien le da consuelo y confianza para el desahogo, es quien muchas veces es el nexo conector con el resto de la familia, hijos si los hubiera, abuelos, tíos y demás, es quien comunica la noticia y es el gestor de las visitas, muchas veces se ve que los papás con la idea de proteger y cuidar a ésta mamá se olvidan hasta de sí mismo, de su propio dolor. Es a el que muchas veces se lo deja de lado, no se le pregunta cómo se siente o cómo transita éste dolor debido a que quien cargó a ese bebé dentro fue la mamá y no él.

Se sienten aislados y solos en el transcurso de su proceso de duelo, ya que se espera más fortaleza por su parte para el apoyo a la mujer. Por el contrario, ellos también necesitan ser respaldados ante la pérdida. Muchos de ellos, al no ser apoyados en éste momento, experimentan sensaciones de vacío y soledad, lo cual lleva a una recuperación y proceso de duelo mucho más lento, y que a veces, queda incompleto. (Defey, 1992; Calva, Gómez López, Mota González, 2018).

Una vez terminada la etapa de hospitalización, esto no termina, si no que comienza una nueva etapa de transitar éste proceso y es la vuelta a casa. Este tema en particular lo desarrollaremos en el capítulo 4.

## 2.2 Vivencias de las Obstetras Parteras

La muerte siempre es difícil de presenciar, tanto para los familiares de quien fallece como para el personal de salud que actúa en ese momento.

Como Obstetras Parteras, quienes formamos parte del equipo de salud de maternidad, esperamos siempre que un embarazo finalice con el nacimiento de un niño vivo, que llora enérgicamente. Lamentablemente ésto no sucede en todos los casos, el niño muere antes de nacer y ésto nos lleva a enfrentarnos a una situación complicada, no sólo por los problemas de organización y desarrollo de protocolos a seguir, sino también porque nos genera emociones negativas como impotencia, frustración y tristeza.

Defey, et al, (1992), nos dice que la muerte de un niño antes de su nacimiento se toma como un suceso que desordena el curso natural de las cosas, y es así como se hace más difícil enfrentar la situación, ya que lo esperable como dijimos anteriormente, es acompañar el inicio de una nueva vida.

La muerte es un hecho impensado, y la pérdida puede abrumar a la Obstetra Partera o médico actuante. La sensación de fracaso se hace presente y se relaciona con la culpa, debido a que como profesionales de la salud, pensamos que podríamos haber hecho algo para evitar esa muerte, a pesar de saber que en la mayoría de los casos las causas son desconocidas y no se pueden prevenir (Gómez-Ulla, 2021; HealthDay News/Dr. Tango, 2008).

Según Gómez-Ulla y Contreras (2021), las Obstetras Parteras se ven sorprendidas por su propia reacción ante ésta situación. Nos cuesta entender lo que nos pasa, entramos en un estado de shock, nos sentimos responsables y atónitas por lo sucedido, además de transitar un dolor intenso.

Éste suceso, que nos genera preocupación, rabia e impotencia, también aumenta el riesgo de burnout, que es un estado de agotamiento mental y emocional que se produce en trabajadores.

Diferentes estudios indican que el síndrome de burnout es una patología psíquica, física y emocional que es resultado del estrés crónico. El personal de salud es vulnerable a padecer el mismo, lo cual conlleva a una reducción de la calidad asistencial y restar importancia a la relación médico paciente

(Carrascosa. S, et al (2022).

## 2.3 El duelo y sus fases

Siguiendo con las vivencias de las diferentes partes que presenciamos o vivenciamos dichas pérdidas tenemos que hablar de duelo. Según Defey, et al, (1992) la palabra misma ya nos habla de una carga de sentimientos negativos. La palabra duelo proviene del latín “duellum” y significa dolor, pero que también lleva un significado de desafío o combate entre dos. ¿Por qué el desafío entre los dos? Porque éstos dos significados vienen del sufrimiento dado por una pérdida de un ser querido, pero también viene del esfuerzo que debe de hacer esa persona para poder salir adelante y poder asimilar esa situación. Por lo tanto, el duelo es la respuesta que tenemos frente a una pérdida, es un período que debemos de atravesar para poder seguir adelante tomando nuevos rumbos, éste es muy variado y desequilibrado.

La duración y expresión del duelo varía en cada persona, desde un punto de vista más amplio López, A (2010), define el duelo como “una reacción y una adaptación psicológica ante la pérdida de algo apreciado vinculado al individuo: personas, objetos, mascotas, ilusiones, proyectos, etc”.

En el duelo padecemos muy frecuentemente sentimientos que son los que nos ayudan a poder sobrellevar dicho proceso como pueden ser la tristeza, desorientación, desilusión, enojo, dolor; el grado con los que padecemos dichos sentimientos nos habla de la importancia de esa pérdida de cuánto fue y cuanto es para nosotros, pero para una madre la pérdida de un hijo rompe con ese estigma y esas expectativas de su propia maternidad. (Vega, 2009).

Según Defey, et al, (1992) el mismo es un proceso tan dinámico y complejo que asocia a la persona tanto en lo psíquico como físico pudiendo afectar vínculos, la manera de pensar y de ver el mundo. Puede hacer que nos preguntemos el porqué a nosotros y no al vecino, conocido u otro, éste tipo de pensamientos nos puede hacer ser egoístas.

Siguiendo con el proceso de duelo, según Kubler y Ross (2016) todo duelo transita por diversas fases como lo son la negación, ira, negociación, depresión y aceptación. Éstas no son lineales sino que son dinámicas, no requieren de un tiempo para transitarlas, sin embargo el recorrido por todas ellas implica un proceso de duelo más saludable.

La *fase de negación* según éstos autores es una fase más simbólica y sentimental que literal, es decir, eso no significa que la madre no sepa que su hijo murió, sino que no puede creer lo que está pasando y lo que está teniendo que atravesar. Por lo tanto no es la negación de la muerte en sí, sino que al principio solo queremos creer que es un mal sueño y que vamos a

despertar.

Al principio cuando nos enfrentamos a la noticia podemos entrar en un estado de shock, podemos de alguna manera paralizarnos o ser hasta insensibles.

El atravesar ésta fase, ayuda a esa mamá, ese papá a esa familia de manera inconsciente a asimilar los sentimientos y sobrevivir a la pérdida de ese hijo, es decir, donde antes había vida, esperanza y felicidad ahora solo hay oscuridad e incógnitas sin respuestas, por lo que entendemos que sería muy difícil para el interior de uno mismo que todos los sentimientos se dieran de manera espontánea y juntos, por eso es normal y esperado pasar por el no poder creer lo sucedido e irlo asimilando lentamente dando lugar al progreso del duelo.

La fase de negación por lo tanto nos ayuda a absorber, atesorar y nivelar el dolor de la pérdida de alguna manera e ir encontrando momentos de alivio en ella. Muchas veces nos encontramos con mamás, papás y familias que cuentan su experiencia con lo sucedido, siendo esa una de las maneras de ir sanando a lo largo del tiempo e ir aceptando la realidad de la pérdida. Cuando finalmente ésta mamá, éste papá y ésta familia comienzan a aceptar la realidad de lo que está pasando en ese mismo tiempo está iniciando el proceso de curación, y comienzan a hacerse más fuertes.

Con respecto a la *fase de ira*, podemos decir que ésta se puede manifestar de varias maneras como por ejemplo la ira contra un ser querido, la ira contra ellos mismos por no haber sido más cuidadosos, la ira contra el sistema de salud por no cuidarlos y por no cuidar de ese hijo, es decir, por no haber podido revertir esa situación.

Según los autores es importante destacar que la ira aflora porque saben que más allá de todo lo que está pasando van a sobrevivir como padres. Ésta es una etapa necesaria para el proceso de curación, ya que uno debe de poder estar dispuesto a asumir el sentimiento de ira ya que cuanto mayor se sienta más rápido se dará la curación porque antes se irá.

También es cierto que junto a ésta hay otras emociones, las cuales se van abordando en su debido momento, pero la ira es aquella emoción a la cual estamos más habituados a atravesar.

Mientras se padece el duelo la ira va y viene durante todo el proceso de múltiples maneras. Cuando se muere un hijo o un ser querido los más cercanos nos abruma con consejos sobre cómo superar la situación, pero ¿Quién de ellos ha pasado por la pérdida de un hijo? uno nunca entiende el dolor ajeno, solo entiende y sabe de su dolor, y como mencionamos antes debemos de alentar a que puedan tomarse el tiempo de poder procesar la ira, para poder sanar y evolucionar, debemos dejar que esa madre y ese padre se desahoguen, lloren, griten porque la ira nos habla de la intensidad del amor que sienten por ese hijo.

En la *fase de negociación* nos enfrentamos a un pacto continuo, nos damos cuenta de lo que está sucediendo o va a suceder y queremos cambiarlo para evitar de esa manera el duelo. Ésta fase se acompaña mayormente de culpa, esa madre, ese padre, esa familia se critica y cuestiona qué fue lo que hizo mal o que podría haber cambiado para evitar la situación por la que están pasando.

También éstos autores nos hablan de que se podría hasta pactar con el dolor buscando poder librarnos de él; es decir, cuando se dan éstas situaciones es esperable que una madre que perdió a su hijo “pacte” para que sus otros hijos tengan salud, para que estén sanos y así evitar una nueva pérdida. Por ejemplo en ésta fase nos vamos a encontrar en más de una oportunidad a una madre que quiere estar en el lugar de su hijo muerto o pidiendo morir para poder estar acompañada de su hijo y así poder verlo y abrazarlo.

En la *fase de depresión* nos dirigimos al presente, en ésta fase aparece la sensación de vacío, y el duelo entra en nuestra vida a un nivel mucho más profundo de lo que podríamos imaginarnos. Como mencionamos anteriormente, el duelo es un proceso de curación y para que éste proceso sea efectivo debemos de cursar por la depresión.

Es importante destacar que la depresión no es un síntoma de enfermedad mental, sino que es una respuesta adecuada ante una gran pérdida, como por ejemplo en éste caso que nos referimos a la pérdida de un hijo. La pérdida de un ser querido ya sea abuelo, padre, hermano o hijo es una situación depresiva. Lo raro sería no sentirse deprimido tras una pérdida tan grande como lo es en éste caso un hijo, no solo en lo físico, sino en lo emocional, en lo que uno construye en su interior, imaginándose una vida junto a él y que por motivos que cuestan entender que de un momento a otro cambia el rumbo de la vida planificada.

Según éstos autores es posible “manejar” la depresión considerándola una visitante. Con esto nos referimos a que se le permita a esa madre, padre, familia que la tristeza y el vacío ayuden a sondear el sentimiento de pérdida. Cuando uno mismo se permite experimentar la depresión sin barreras intentando estar mejor por motivos ajenos a uno la misma desaparecerá en cuanto haya cumplido su ciclo, sin embargo con esto no nos referimos a que

el sentimiento de depresión no volverá en un futuro cuando uno crea que ya sanó.

Ampliando un poco más allá de la situación que atraviesa la familia que transcurre el suceso del duelo la sociedad parece estar a favor de una campaña de “fuera la depresión” imponiendo intervenciones ya sean farmacológicas para que puedan sobrellevar mejor la situación, pero de esa manera lo que hacen es evitar que se de un proceso natural de curación, aunque sí es cierto que muchas veces es necesario que haya intervenciones ya que en algunas ocasiones no se logra atravesar y recuperarse de ésta fase.

La fase de depresión más allá de lo negativo puede llegar a ser en muchas ocasiones beneficiosa lo cual es raro y difícil de aceptar. Pero posee elementos que pueden ser útiles para el duelo, con ésto nos referimos a que obliga a ir más lento permitiendo de esa manera evaluar de forma real la pérdida, obligando a reconstruir un nuevo futuro.

La *fase de aceptación* suele confundirse con la noción de que nos sentimos bien o estamos de alguna manera asimilando lo sucedido, pero no es así. Ésta fase no consiste en que te guste una situación, sino que uno pueda ser consciente de todo lo que ha perdido y aprenda a vivir con esa pérdida. Creemos que es importante que las personas y familias entiendan que de manera gradual se puede encontrar algo de paz frente a lo que ha pasado.

En ésta etapa se acepta la realidad de que ese ser querido se ha ido físicamente y se reconoce que esa realidad es permanente, es una realidad que nunca gustará ni se estará de acuerdo con ella, pero al final será aceptada, es decir, uno aprende a vivir con ella. Es cuando la readaptación y curación pueden afianzarse a pesar de que a menudo se sentirá la curación como algo inalcanzable. Ésta es reflejada en las acciones como recomponerse y reorganizarse, es posible que uno llegue a ser consciente de las razones objetivas de la pérdida aunque nunca se llegue a entenderlas, por

ejemplo cuando la muerte de ese hijo se da a causa de una patología.

La persona comienza a darse cuenta de que había llegado el momento para que ese ser querido, en éste caso su bebe partiera. Por supuesto era demasiado pronto para que eso pasara, la familia que se estaba construyendo en ese momento o sumándose un nuevo individuo a la misma ya no podrá ser, la vida de esa mamá y esa familia debe de continuar para poder curarse e intentar vivir en un mundo sin su bebé.

Es probable que al principio esa familia se resista a esa nueva situación y quiera mantener la vida tal cual era antes, sin embargo, con el tiempo a través de pequeños pasos de aceptación se van dando cuenta de que las cosas han cambiado y se deben readaptar. A medida que se va dando la curación se da comienzo al proceso de reintegración, en el que se intenta recomponer las piezas que se han fragmentado. Por otro lado, a veces cuando esa familia vuelve a vivir y a disfrutar uno puede pensar y/o creer que al hacerlo está traicionando ese dolor, la falta de ese bebe, sin embargo, esa pérdida es algo irremplazable. En lugar de negar los sentimientos, se deben escuchar las necesidades de cada uno intentando lograr de esa manera el empezar a vivir de nuevo, pero eso no se va a lograr si no le dedicamos el tiempo correspondiente al duelo.

Siendo entonces la fase de aceptación parte de un proceso que se experimenta, pero que no es una etapa final del duelo.

## **Capítulo III**

### **Acompañamiento en el ámbito hospitalario**

En éste capítulo abordaremos específicamente cómo debería ser el acompañamiento por parte de los y las profesionales de la salud en el ámbito

hospitalario, desde la comunicación de la noticia a los padres hasta el momento del alta. Entendemos que es un momento primordial del rol de la Obstetra Partera, acompañando, guiando y asesorando en éste proceso.

Es de gran importancia para los papás estar sostenidos ya que comienzan a transitar un camino por el cual deberán de tomar decisiones muy importantes como lo es la vía por la que va a nacer ese bebé, si luego desearán ver el cuerpo o no, que hacer luego con él y cómo proseguir. Es un momento propicio para darle herramientas a los padres para que puedan llevarse recuerdos tangibles de su bebé y de ésta forma darle un espacio tangible tanto en lo familiar como en lo social.

Por último, en éste capítulo también abordaremos el tema de la lactancia post-óbito, sobre todo las distintas opciones que tiene la mamá.

### 3.1 Cómo comunicar la noticia a los padres

Comunicar malas noticias no es una tarea fácil, y menos comunicar la muerte de un niño que aún no ha nacido. Según Gómez-Ulla (2021), hay cosas que se deben de tener en cuenta al momento de comunicar ésta noticia: i) que la madre esté acompañada por su pareja o de otra persona, ii) hablar de muerte y no utilizar frases como “no hay latidos” ya que lo mismo puede confundir a los padres, iii) no debemos dar nunca la noticia de manera brusca, sino debemos comenzar diciendo “Lo siento”, iv) estar atentos a nuestro lenguaje corporal siendo éste de gran importancia, por ejemplo podemos acariciar el brazo de la madre, mostrar preocupación y de esa manera mostrar también empatía ante los sentimientos que tienen los padres. Por otra parte, es imprescindible que cuando demos la noticia ésto ocurra en un lugar apartado y tranquilo, darle tiempo y espacio a esos padres para llorar, expresar sus sentimientos y poder evacuar preocupaciones.

Debemos ser claros y concisos de lo que sucedió y de lo que sucederá más adelante. Anticipar en todo momento cada procedimiento y paso a seguir, dando lugar a la toma de decisiones y acompañándolos durante éste proceso. Para ésto debemos estar entrenados y brindar todo el apoyo y las herramientas que tengamos al alcance (Serrano Diana, López del Cerro, Gómez García, Amezcua Recover, González de Merlo, 2015).

La comunicación, según los autores mencionados anteriormente, es crucial en lo que es la relación médico-paciente. Cuando el paciente está conforme con la atención que se le brinda y la forma de comunicar las cosas, hay menos chances de sobrellevar estados de ansiedad y depresión.

Mencionar que pueden ir a casa, explicar las opciones que tienen en caso de que la mamá no se encuentre en trabajo de parto. También se debe tener en cuenta que, si la madre decide ingresar en ese momento, es adecuado que ella no esté en una sala donde se encuentren otras embarazadas (Gómez-Ulla, 2021).

El lenguaje al hablar de lo sucedido debe ser comprensible, podemos también ofrecer ésta información de forma escrita y en la misma incluir las posibles causas de la muerte y las opciones que tienen para la finalización de la gestación. Siempre debemos hacernos presentes, mostrar disposición y preguntar si tienen dudas o si necesitan algo.

Una vez que él bebé nació por la vía que la familia eligió junto con el personal de salud, está la gran cuestión de que es si desean ver a su bebé o no. La familia debe de saber que tienen derecho en ver, tocar, fotografiar a su bebe y que es de gran importancia que así lo hagan ya que les va a favorecer en éste proceso de duelo, pero se respeta fielmente la decisión que consideren. En caso de que la familia decida verlo es importante en éste momento anticipar que el bebé que van a ver a continuación seguro no sea aquel que se imaginaron, que su aspecto no va a ser igual al de un bebé que nace vivo, que no va a tener la coloración de un bebé sano (Gómez-Ulla, 2021; Serrano Diana, López del Cerro, Gómez García, Amezcua Recover, González de

Merlo, 2015)

Consideramos importante en ésta etapa llamar al bebé por su nombre, como afirma Gómez-Ulla, sin embargo en aquellos casos donde aún no se le adjudicó uno se lo deberá mencionar como hijo /a. Ésto a los padres les brinda confianza, los hace sentir que su hijo está, existe, que es reconocido y tomado en cuenta por el personal de salud. La Obstetra Partera cumple un rol fundamental en estos momentos ya que con la gran peculiaridad que las caracteriza siendo francas pero a la vez empáticas, el apoyo y comprensión de la situación pueden mejorar la evolución del duelo.

Basándonos en Serrano, Lopez, Castillo, Gómez, Amezcua y Gonzáles (2015) destacamos que la falta de conocimientos que tenemos frente a éstas situaciones negativas nos llevan a realizar a veces actitudes que no ayudan a mejorar de alguna manera la situación a la cual no estamos enfrentando teniendo como resultado frustración e impotencia por lo que está pasando. Por lo que éstos autores mencionan que los ingleses utilizan la sigla LAST para poder sobrellevar el diagnóstico frente a la familia, significando “L” listen en inglés para recordar que siempre debemos de escuchar, la “A” acknowledgement la cual nos indica que siempre debemos reconocer el dolor, la “S” support en inglés la cual significa apoyó, la “T” touch la cual significa tacto, es decir, prestar atención siempre al tono de voz con el cual nos dirigimos a la familia, debemos de cuidar gestos, postura y miradas.

### 3.2 Interrupción del embarazo: ¿parto o cesárea?

La Guía de atención para profesionales que acompañan la muerte gestacional y el duelo perinatal (Ayul, N, et al, 2021) plantea que la finalización de la gestación puede darse por dos vías. Una de ellas es la vía vaginal mediante un parto vaginal y la otra es la vía quirúrgica mediante una cesárea. Cabe destacar que éstas dos opciones se le deben de informar a la

mamá y que en conjunto con el personal de salud se decida cual es la manera más beneficiosa para proceder al nacimiento teniendo en cuenta la situación obstétrica de ésta en ese momento.

Desde el punto de vista obstétrico en las presentaciones cefálicas y podálicas se recomienda un parto vaginal basándonos en la parte física y emocional que debe atravesar y luego padecer esa mamá.

Puede pasar muchas veces que al principio nos encontremos con mamás que se niegan a pasar por un parto vaginal y no quieren parir a su hijo sin vida lo cual es entendible. Por eso debemos de siempre tener presente que cuando se esté en sala de partos se brinde la mayor intimidad, que esté acompañada por quien desee, se le debe de otorgar su tiempo para conocer a su hijo y comenzar con el proceso de despedida del mismo, debemos ofrecer que saque fotos del momento si así lo desea.

También nos parece más beneficioso el parto vaginal por el impacto que tiene tener una cicatriz que perdurará toda la vida y por lo tanto siempre estará recordando a esa mamá éste momento. Más allá que consideramos que los tiempos de recuperación entre un procedimiento y el otro son muy diferentes siendo nuevamente más beneficioso el parto vaginal.

Por otro lado debemos destacar e informar a los padres que para que se dé un parto vaginal necesitamos de algunos factores como las contracciones uterinas para poder dilatar el cuello uterino y expulsar a su hijo al exterior, para eso tenemos diferentes opciones teniendo en cuenta la situación obstétrica de la mujer, es decir, valorando el índice de Bishop, según Diago, V; et al (2013) si éste es favorable comenzaremos con Oxitocina y si no lo es comenzaremos con Misoprostol siendo éstos los fármacos de elección.

Siguiendo con el parto debemos de ofrecer la analgesia del parto en caso de contar con la misma en el Centro de Salud ya que no en todos los centros se ofrece éste servicio a las usuarias. El uso de la analgesia se utilizará sólo en

caso de que la mamá lo acepte y desee. Algo a tener en cuenta es que debemos de evitar el uso de psicofármacos para minimizar el dolor psicológico ya que éstos pueden intervenir los recuerdos y generar sensaciones de irrealidad (Cohen, M, et al, 2013).

### 3.3 Recuerdos que nos llevamos a casa

En el correr de nuestra corta experiencia con éste tipo de situaciones tan difíciles como lo es un óbito y también teniendo en cuenta las opiniones y experiencias de nuestras futuras colegas nos dimos cuenta que son pocos los papás que se llevan recuerdos, pasando mucho ésto en el interior del país, quizás por la inexperiencia del personal de salud o quizás por decisión de la madre, padre y/o familia.

Lo que sí es cierto es que irse del Hospital con muy pocos recuerdos físicos es muy doloroso y sumado a que te vuelves a casa sin tu bebè, por eso vamos a ver el tipo de recuerdo que una familia puede llevarse del mismo.

Según la organización *Umamanita* y la *Guía de atención para profesionales que acompañan la muerte gestacional y el duelo perinatal* (Ayul. N, et, al, 2021) uno de los tipos de recuerdos es hacer fotografías.

Puede pasar que a la primera impresión a uno le pueda resultar algo morboso la idea de sacarle fotos a un bebé sin vida y es normal que se piense eso, pero la experiencia de aquellas familias que sí lo hicieron resultó de una manera muy positiva y uno de los recuerdos más preciados (Tovey y Turner, 2020). Las fotografías sirven para darle y mostrarle un rostro al resto de los familiares, para poder presentarlo a otros hijos, amigos y otros miembros de la familia. Algo que siempre debemos tener en cuenta es que con el tiempo los recuerdos se borran de nuestra memoria y con una fotografía podemos asegurarnos de que ese recuerdo no se va a borrar de nuestras mentes.

Otro de los tipos de recuerdos que se pueden realizar es la *caja de recuerdos*, en ella tenemos la posibilidad de guardar todos aquellos objetos que nos recuerden al bebé en el trayecto de su vida como parte de esa familia (aunque sea solo dentro del útero). Por ejemplo, se puede crear una huella de la mano o pie del bebé, ésta se puede realizar con tinta y papel. Pudiendo utilizarse luego para impresiones en arcilla blanda. También se puede recoger un mechón de pelo del bebé, guardar la pulsera de identificación del hospital (en caso de haber nacido con vida ya que si al nacimiento ya había obitado no se le coloca). También se puede guardar la ropa o mantita en la que estuvo envuelto y por supuesto todas las ecografías que se realizan en el correr del embarazo.

También debemos de tener presente y basándonos en recomendaciones internacionales como por ejemplo Umamanita, las cuales nos hacen mención sobre la identificación de la habitación implementando una pegatina de “mariposa azul” tanto en la puerta donde se encuentra la mamá ingresada como en los materiales en los que se trasladan al bebe. El objetivo de ésta imagen es informar que allí se encuentra una familia que está atravesando un duelo y por lo tanto merece privacidad y respeto, de tal manera se espera que por medio de la identificación se evite irrupciones innecesarias como por ejemplo lo es el control de signos vitales constantes o la entrada y salida del personal de limpieza.

Por otro lado, en caso de haber realizado una autopsia, se debe de tener en cuenta que se sacan fotografías y éstas son parte de la historia clínica, la cual legalmente la mamá puede acceder ya que le pertenece y así poder facilitar de alguna manera una fotografía en caso de no haber sacado una antes. Siempre es clave anticiparse de que son fotografías exclusivamente para estudiar y que quizás no sean las más “lindas” a la vista o que no nos represente una linda imagen.

### 3.4 ¿Qué pasa después?

Una vez que se toman los recuerdos de éste bebé, la familia debe decidir qué hacer con su cuerpo. En muchos de los casos se realiza la autopsia siendo decisión únicamente de los padres realizarla. El personal de salud debe explicar la finalidad de realizar la misma, cómo se realiza y qué técnicas se utilizan. Así también, deben quedar claros los beneficios que puede darle a los padres a futuro. La realización de la autopsia junto con la anatomía patológica de la placenta, si bien no da una causa específica puede orientar, ya que ayudan a descartar causas congénitas, infecciones, malformaciones, alteraciones cromosómicas y demás. Éstos datos pueden también ser relevantes y prevenir problemas en una gestación futura. Su resultado demora dependiendo de cada institución y los recursos con los que cuente la misma. (Almela, et al, 2013)

En caso de que la decisión de los padres sea no querer realizar una autopsia por diferentes motivos, se los respeta y se le ofrecerá la opción de mandar a anatomía patológica la placenta.

La familia que desea quedarse con el cuerpo de su bebé, puede darle sepultura a su bebé o incinerar. De eso debe encargarse explícitamente la familia con la funeraria. El funeral para muchas personas es la manera de honrar a su bebé, de despedirlo finalmente y de cierta manera honrarse a sí mismo. Ésto es una mera decisión de los padres, de cómo va a ser la organización, si desean vestir a su bebé. Se dice que un funeral está más bien destinado a las personas vivas, ya que ayudan a concluir gran parte de un duelo, y darle un cierre a ésta despedida, incluyendo amigos y familia, siendo también para ellos una parte clave de su duelo el poder acompañar a los padres en el funeral (Roldan,s/f).

La familia puede dejar el cuerpo a disposición del hospital y ellos se encargaran del proceso, o puede donarlo a la ciencia.

### 3.5 Lactancia post óbito

Mucho sabemos en cuanto a los beneficios de la lactancia tanto para la madre como para el recién nacido y de la importancia de brindar esos conocimientos y de brindar el apoyo necesario para la misma, pero que sabemos de la lactancia sin bebé, que sabemos de ese duelo silenciado que tiene que pasar esa mamá por no poder amamantar a su propio hijo.

Siendo algunos de éstos beneficios, la oxitocina que tiene un poder antidepresivo, hay estudios que han demostrado que aquellas madres que tenían mayor nivel de ésta hormona padecían menos síntomas de ansiedad y depresión (Medela, s/f).

La lactancia reduce el riesgo de padecer cáncer de ovario y de mama, aquellas mujeres que no amamantan son más prevalentes a padecer éstos tipos de cáncer (OPS, s/f).

Siguiendo con algunos de los beneficios, según Hegwood, E (2017), éste nos dice que ayuda a prevenir la depresión postparto, disminuye el riesgo de padecer diabetes, lleva a que la mamá tenga un estilo de vida más saludable, coincide con que disminuye el estrés y por último disminuye el riesgo de padecer cáncer de mama.

Pero el cuerpo es sabio y éste reacciona más allá de la lógica, éste si sabe que por ese cuerpo estuvo la vida de un bebé lo que no sabe es que ahora ya no podrá obtener esos beneficios que hacíamos mención antes. Por lo que tomamos la frase del blog Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal (2018) “¿Qué pasa con esos pechos llenos de leche cuando se tienen los brazos vacíos?”

Hablemos un poco de fisiología consultando la bibliografía de la Guía de atención para profesionales que acompañan la muerte gestacional y el duelo perinatal (Ayul, et al, 2021), ésta nos habla de que la lactancia se activa a través de un proceso fisiológico el cual inicia antes del nacimiento, es decir, durante el embarazo. Los primeros cambios que se dan son los físicos, las glándulas mamarias comienzan a agrandarse, también lo hace la areola y se torna un color más oscuro al igual que los pezones. Luego aparece el calostro, éste por lo general aparece luego de la expulsión de la placenta, es decir, posterior al nacimiento. El calostro es esa secreción tan valiosa llena de proteínas y nutrientes, siendo el alimento ideal para cualquier recién nacido, como mencionaba anteriormente éste no aparece en la mayoría de los casos hasta la expulsión de la placenta lo cual se da por el cambio en los niveles hormonales de prolactina y estrógenos de la mamá al suceder tal acontecimiento. La prolactina y estrógenos disminuyen dando lugar a la aparición del calostro.

En éstos casos que estamos abordando en éste trabajo debemos de tener en cuenta que no vamos a tener un recién nacido que succione ese calostro ni posterior lo que es la lactancia materna propiamente dicha, por lo que debemos ofrecerle a la mamá las diferentes opciones que tiene como lo son la inhibición de la lactancia mediante fármacos o procedimientos físicos como la compresión de la mama mediante vendajes y/o fusionando ambos; o por otro lado continuar con la producción de leche. En el caso de continuar con la producción de leche, puede optar por extraerse y descartarla hasta que la producción disminuya y se anule, o puede optar por donarla o continuar amamantando a otros hijos mayores si fuese el caso. Teniendo en cuenta la opción de donación de leche materna debemos destacar que puede ser muy beneficioso para esa mamá, ya que puede ser satisfactorio el poder ayudar a bebés que se encuentran en cuidados intensivos y que con su leche aportan un granito de arena para la recuperación de esos bebés.

Por otro lado debemos de tener en cuenta que quizás la donación de leche

materna no es algo muy habitual en el Uruguay o al menos en Centros de Salud del interior del país lo cual nos parece erróneo ya que consideramos que más allá de la situación que se esté atravesando todas las mamás deberían de saber de la existencia de la donación de leche materna.

En cuanto al protocolo para la donación va a depender del Centro de Salud, por lo general la madre se acerca al banco de leche de la institución y se extrae la leche de ambos pechos para luego colocarlo en un recipiente estéril con fecha.

Hay casos en que la mamá decide seguir con la donación de leche una vez que se le otorga el alta obstétrica (lo cual sucede a los dos o tres días dependiendo de la vía del parto y de cómo venga progresando posterior a éste) en ese caso debe de cumplir los pasos del protocolo de donación de leche materna al cual esté sometido su Centro Asistencial, ya que hay un protocolo de extracción el cual se debe de respetar para poder lograr de esa manera que la leche materna no quede en malas condiciones para donación posteriormente, siendo uno de éstos el Protocolo de Administración de los Servicios de Salud del Estado, Banco de Leche.

Debemos destacar que mediante la lactancia tenemos beneficios desde el punto de vista neurológico ya que ayuda a progresar en el duelo disminuyendo la intensidad de éste y la duración. Las hormonas como la prolactina y la oxitocina tiene un efecto ansiolítico lo cual ayuda a disminuir la ansiedad, la depresión y a mejorar el interés con la sociedad (Olaya, 2018).

Debemos siempre ofrecer éstas opciones y que ella sea libre de decidir qué es lo que prefiere y que aquello que decida no será juzgado por el equipo de salud.



# CAPÍTULO IV

## Acompañar en el puerperio extrahospitalario

En éste capítulo trataremos sobre la vuelta a casa de la familia, implica la vuelta a la rutina, volver al trabajo, las tareas diarias, las relaciones sociales.

Hablaremos sobre los grupos de apoyo, que son de gran importancia y un eslabón clave para el proceso de duelo, familias que anteriormente pasaron por situaciones similares brindan apoyo, contención y respaldo.

### 4.1 La vuelta a casa sin el bebé

Una vez transitados los procesos que se realizan en el ámbito hospitalario, es hora de que la familia regrese a casa.

El personal de salud es clave en ésta parte ya que debe de ser empático pero también conciso al momento de ejecutar el alta. Las Obstetras Parteras, como parte del equipo de salud, debemos de tener en cuenta que además de que la mamá se enfrentó a una pérdida, ésto deja un largo camino por recorrer y un período de duelo que cumplir. La mamá debe de estar atenta a los cambios en su cuerpo ya que éste va a ir involucionando del estado gravídico, y en ese proceso pueden aparecer signos y síntomas de alarma que requieran de una consulta inmediata en puerta de emergencia. Debemos ser claras pero no alarmantes en cómo transmitimos esta información.

La vuelta a casa es dura, se llega a una casa donde la cual anteriormente estaba preparada para acoger un bebé, una casa que cuenta con objetos materiales como la cuna, el coche, la ropa que estaba destinada a ese bebé y

que hay que tomar la decisión del qué hacer con ella que muchas veces esas decisiones no se toman en ese momento sino que llevan un proceso el cual acompaña al duelo, es una casa donde también hay familiares que lo esperan y a quienes se les debe de comunicar la mala noticia, el explicar que paso revive una y otra vez esa situación, pero eso también es parte del proceso de sanar. Muchas veces familiares/amigos a quien se les comunica no saben qué opinar, como ayudar (Defey et al, 1992; Melo, 2018).

Con ello también aparecen los cambios frecuentes, como las responsabilidades de la casa, si hay más hijos, el pagar las cuentas, hacer mandados, las tareas básicas. Es normal que no sepan cómo enfrentarse a ello.

Según la American Society of Clinical Oncology (2018), la vuelta al trabajo podemos verla de dos maneras, una beneficiosa y una no tanto, ya que se puede tornar engorrosa y angustiosa debido a que se vuelve al sitio donde seguramente esperen a esa madre o a ese padre compañeros que sabían de la espera de ese bebé. Es importante que en el trabajo estén informados de la situación previo al retorno para evitar de esa manera tener que contar sobre la situación al momento del regreso al trabajo. Pero por otro lado ésta instancia puede ser beneficiosa, ya que se puede tomar como un escape a la vida dentro de la casa y pueda ayudar a distraer.

Debemos destacar también que luego de una pérdida tan importante se ve implicada lo que es la fé, las creencias y la espiritualidad que para muchas personas es parte de sus vidas. Cuando creemos en algo que se supone nos protege y nos da seguridad en muchos aspectos de la vida, cuando ocurre algo tan grave, tan doloroso como lo es la pérdida de un hijo, uno puede perder la fé y puede dudar de esa creencia. Por lo que muchas veces fue un respaldo, hoy es una incertidumbre (American Society of Clinical Oncology, 2018; Umamanita, 2015).

Es muy importante en ésta etapa que la familia siga acompañada por el

equipo de psicología, para que guíe y sea su apoyo en los siguientes procesos que se van a ir dando los cuales mencionamos anteriormente, no es un proceso que lleve tiempo pero que si es necesario para poder salir adelante.

Es fundamental mencionarle a esos papás que se van a su casa que es importante el pedir ayuda, validar sus emociones y manifestar que a pesar de éste dolor tan grande ellos deben seguir adelante. , plantearles también que muchas veces no van a tener respuestas inmediatas para lo sucedido, o que quizás nunca las encuentren, pero que todo proceso tiene un ciclo y es importante poder ser parte de él y poder sanar, poder sanar no es olvidar a ese hijo, sino poder recordarlo, poder retomar rutinas y poder volver a intentarlo si así lo desean. (American Society of Clinical Oncology , 2018).

Por otro lado debemos informarles a esos papás que vuelven a su hogar con las manos vacías que pueden crear ellos mismos una cajita de recuerdos o elaborar diferentes tipos de recuerdos como por ejemplo guardar ropita que iba a ser destinada a ese bebé, también podemos incentivar con la idea de plantación de un árbol en algún lugar especial e ir a visitarlo y de esa manera “visitar a su hijo” o que también pueden encender una vela en determinadas fechas para recordarlo y tenerlo presente siempre, realizando de esa manera un lazo también para integrar a otros hijos en caso que los hubiera para que siempre lo tengan presente y sepan de la existencia de ese bebé (Umamanita, 2009).

## 4.2 Licencia post óbito fetal

Haremos referencia ahora a la licencia que corresponde a los padres que sufrieron una muerte fetal.

Normalmente, la licencia por maternidad y paternidad está dispuesta por el artículo 24, del capítulo III de la Ley N° 16104, y la misma dice que “toda

funcionaria pública tendrá derecho mediante presentación de un certificado médico en el que se indique la fecha presunta del parto, a una licencia por maternidad”.

Asimismo, las empleadas y empleados del ámbito privado están también avalados por la Ley N° 19161, la cual dice que todas las empleadas a las que cubre la ley deben suspender todo trabajo seis semanas antes de la fecha probable de parto y reiniciarlo luego de pasadas 8 semanas del parto.

Dicha licencia dura trece semanas, y comienza una semana antes del parto y se extiende hasta doce semanas después.

Esta ley también describe que los padres tendrán derecho a 10 días de licencia por paternidad, presentando el certificado médico correspondiente. Ahora bien, como mencionamos anteriormente, ante el nacimiento de un recién nacido vivo, se otorga a los padres la correspondiente licencia por maternidad y paternidad, pero ¿qué pasa con esa licencia en los casos de muerte fetal?.

Con respecto a estos casos, se les otorga a las madres que sufrieron una muerte fetal intraútero la licencia maternal que les corresponde, pero no se les concede la licencia por cuidados del bebé, la cual va hasta los 6 meses del mismo. En caso de los padres, se les brinda una licencia especial por duelo, la cual será de tres días hábiles, y está descrita por el Artículo 7 de la Ley N° 18345.

### 4.3 Círculos de duelo

Hay puntos que no podemos dejar pasar por alto y uno de ellos son los grupos de apoyo que tienen o pueden tener acceso éstas madres, éstos padres, éstas familias.

Dentro de los grupos de apoyo que pudimos encontrar tenemos al grupo “Renacer Montevideo”. Es un grupo fundado en 1994 por dos padres que perdieron a su hijo de 21 años en el país de Argentina, es un grupo que actualmente funciona en Uruguay gracias al contacto que realizaron dos padres uruguayos que padecieron la pérdida de su hijo. Es un grupo que no tiene médicos ni psicólogos, simplemente son padres que padecieron la pérdida de un ser tan importante como un hijo, ya sea por suicidio, homicidio,

accidente de tránsito o muerte fetal. Es un grupo que se reúne más de una vez al mes en una sede para poder compartir momentos, vivencias, experiencias, soledad, silencios y duelos. Es un grupo donde uno simplemente va a sentirse un poco más acompañado y quizás más entendido por el otro porque ese otro también pasó y vivenció la pérdida.

Por otro lado en Uruguay contamos también con la asociación “Luz del cielo Uruguay”, es una organización que está en el país hace unos ocho años, viene de Argentina. La misión de éste grupo es acompañar a las mamás, papás y familias que atraviesan la muerte perinatal y también empoderar al personal de salud para poder sobrellevar la situación de la manera más correcta y certera tanto para la familia como para el Centro.

#### 4.4 Nuevo embarazo luego de una muerte fetal

Según Gómez-Ulla (2021), es importante destacar y recalcar a la mamá que éste es un nuevo embarazo, ya que muchas veces para aquellas que sufrieron una muerte fetal, puedan llegar a padecer y/o vivir éste nuevo embarazo como volver al punto de partida. Por supuesto, éstas madres se encuentran ahora en alerta debido al antecedente de la muerte de su anterior hijo, por lo tanto, es aquí donde comienza un embarazo lleno de miedos e incertidumbres, en el que temen que lo sucedido ocurra de nuevo.

Hay mujeres que llaman a éstos nuevos embarazos “embarazos arco iris” y esto lo hacen haciendo referencia a que están pasando por dos procesos diferentes, por un lado, tenemos el duelo por la pérdida de ese hijo y por el otro tenemos una nueva esperanza y un nuevo ser que va a traer alegría después de tanta sombría, pensándolo de esa manera es una clara referencia a la apariencia del arco iris el cual se asoma siempre después de una tormenta o inclusive muchas veces en medio de ella. Por otro lado diversos autores llaman al bebé que llega luego de la pérdida de otro hijo, como “bebé

arcoíris". Se los llama así, según Vázquez (2017), debido a que vienen al mundo a iluminar la vida de esos padres que atravesaron un proceso de duelo y un embarazo lleno de ansiedad por lo que podía suceder, "como el arco iris embellece el cielo tras la tormenta".

En éste embarazo, que ocurre luego de la muerte de un hijo (en este caso, la muerte fetal), está vulnerada la salud mental, ya que dicho suceso deja marcas en esos padres, y muchas veces incluso, el duelo aún no terminó de procesarse (Gómez-Ulla, 2021). Es por eso que muchas madres no quieren encariñarse con ese bebé antes del nacimiento, o niegan querer imaginarlo, tocarlos o hablarles a través de la piel, siendo ésta una forma de protegerse, debido a que temen que éste bebé muera también, o tenga alguna enfermedad (Vázquez, 2017).

Es importante que en éste nuevo embarazo, demos libertad a todos los sentimientos que se pueden presentar, y que acompañemos a esos padres de manera correcta.

# Consideraciones finales

Luego de realizada la revisión bibliográfica donde pudimos encontrar un abanico de protocolos e investigaciones acerca del tema podemos llegar a la siguiente conclusión.

Pudimos investigar acerca de las competencias de las Obstetras Parteras ante el diagnóstico de muerte fetal y la comunicación del mismo a la familia, así como también identificamos las limitaciones que las mismas tenemos a la hora de comunicar una mala noticia.

Junto con los obstáculos que pudimos apreciar, nos llamó la atención que en nuestro país haya solamente dos protocolos para el manejo de éste diagnóstico, como los son la *Guía de manejo de óbito fetal para Montevideo* (Lozano, F; Rodriguez. G. 2007) y la *Guía de atención para profesionales que acompañan la muerte gestacional y el duelo perinatal* (Ayul, et al, 2021), lo que nos lleva a reflexionar a que no solo de nuestra parte hay una limitante para poder enfrentarnos a éstas realidades, sino que es un desafío también para el resto del personal de salud. Muchas veces no contamos con la preparación ni con el apoyo necesario para poder enfrentar de la mejor manera posible dicho diagnóstico ante la mujer y su familia como corresponde. Es aquí donde reside nuestra mayor inquietud, es inminente la importancia de crear nuevas pautas y nuevos protocolos para que todos podamos ofrecer la mejor promoción y atención en salud.

Siguiendo con los objetivos que nos planteamos para llevar a cabo éste trabajo final, logramos encontrar pautas y protocolos a implementar que se adecúan al correcto manejo de éste tipo de situaciones. En ellos se distinguen acciones y herramientas que nos ayudarán en un futuro a mejorar la atención hacia esas usuarias que sufren la pérdida de un hijo. Cuando

hablamos de un correcto manejo, queremos hacer referencia al momento en que esa mamá se va de alta, haciendo referencia así a los grupos de apoyo que existen para padres que sufrieron una muerte fetal.

Tuvimos la posibilidad de abordar la temática de la comunicación hacia las familias desde el punto de vista obstétrico y el acompañamiento del mismo por el cual estamos muy satisfechas con los resultados, ya que logramos de esa manera responder las incógnitas que nos llevaron a la idea de éste trabajo.

Cuando nos encontramos ante unos padres que se enfrentan a la muerte de su hijo, éstos deben atravesar un proceso de duelo el cual comienza en el momento que se les comunica el diagnóstico. Para que el mismo sea más fácil de transitar, el personal de salud actuante, en este caso, las Obstetras Parteras, debemos dirigirnos hacia ellos de forma clara, siendo objetivos con lo que informamos, teniendo en cuenta el lenguaje corporal que usamos, la voz con la que nos dirigimos a ellos, así también debemos de tener presente el lugar físico en el cual damos la noticia para de esa manera contribuir de manera positiva a lo que va a ser la elaboración y proceso de duelo.

Luego de darles la información del diagnóstico debemos destacar que esa familia va a necesitar apoyo por parte del equipo de salud, por lo que es importante que todos aquellos que son parte del sistema de salud sepan la importancia de la identificación de habitación, que debe estar en una sala diferente, donde no haya madres con sus recién nacidos, informarlas con respecto a los recuerdos que pueden llevarse a casa y ofrecer que hagan uso de ellos.

También debemos darles tiempo para la toma de decisiones, ya que son muchas las que deben de tomar en poco tiempo. Para ésto, es importante que les demostremos que sus decisiones son importantes, y que podemos responder a las dudas que surjan en el momento de tomarlas. Es importante mostrar siempre disponibilidad, acompañar a los padres en este proceso,

brindar toda la información y herramientas que estén a nuestro alcance.

Dentro de lo que pudimos investigar en la bibliografía también pudimos recabar que no debemos de llamar al hijo por feto, sino que debemos llamarlos por el nombre que le habían otorgado sus padres o, en el caso de no tener nombre, nombrarlo como su hijo/hija.

Por otro lado, es importante destacar que debemos de indagar si luego del nacimiento, ya sea por vía vaginal o quirúrgica, quieren ver a su hijo, y obtener recuerdos en ese momento (como fotografiarlo, u obtener un mechón de cabello, por ejemplo) ya que está comprobado que ésto ayuda al proceso de duelo.

Pudimos también profundizar en el impacto que tiene éste diagnóstico y la comunicación del mismo en nuestra profesión, siendo quienes muchas veces acompañamos en éste proceso a la familia. Comprobamos que durante la formación no tuvimos la preparación adecuada para enfrentar éste tipo de situaciones, lo cual conlleva a sentir culpa, frustración y a un desgaste o *burnout*. Siendo así de vital importancia, que como Internas, se nos brinde una capacitación adecuada para enfrentarnos a éstas situaciones con una mejor preparación. Y así de esa manera brindar la mejor atención para esa familia pero también para poder nosotras atravesar ese duelo, ya que también esperamos la vida en el nacimiento y éstos acontecimientos nos afectan como profesionales que somos.

Por lo tanto para finalizar nuestro mayor deseo es que éste trabajo final sirva para que, en colegas y estudiantes, sea de interés estudiar los aspectos psicológicos ya que como ya mencionamos no contamos con la formación académica suficiente, hay muchos protocolos y estudios a los que se puede acceder de una manera fácil ayudando a mejorar el desempeño en éstas situaciones.

Resaltamos también la importancia que tendría tener un protocolo general

para el manejo de éstos diagnósticos para todo el país, y así poder capacitar a todo personal de salud de una manera integral y que así cuando tenga que enfrentarse a éste tipo de diagnósticos la atención sea la mejor.

Queremos destacar como Internas de la carrera Obstetra Partera que luego de llevar a cabo éste trabajo final nos sentimos mejor preparadas para enfrentarnos a éste contexto tan difícil, y así implementar muchas de las acciones recomendadas en ese momento devastador para las familias y para nosotras mismas a los que muchas veces debemos de enfrentarnos.

# Bibliografía

Acosta, I; Aguirre, A; Ayul, N; Garavento, M; Lacerda, Y; Morini, N; Nidegger, V; Sosa, M. (2021). *Guía de Atención para profesionales que acompañan la muerte gestacional y el duelo perinatal*. Dirección Nacional de Sanidad Policial. Hospital Policial. Recuperado de file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Guía%20Duelo%20perinatal%20H%20policial.%20Versión%20final%204-8-21.pdf

American Society of Clinical Oncology. (Marzo de 2018). *Sobrellevar los cambios después de una pérdida*. <https://www.cancer.net/es/asimilación-con-cáncer/manejo-de-las-emociones/duelo-y-pérdida/sobrellevar-los-cambios-después-de-una-pérdida>

Amezcuá, A; Castillo, M; Gonzalez, G; Gomez, M; López, E; Serrano, C. (Octubre, 2015). Muerte fetal anteparto. Duelo perinatal. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*. Volumen 58. (Número 8), número de páginas 368-372. <https://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo--muerte-fetal-anteparto-duelo-perinatal-S0304501315000953>

Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE). (24 de Agosto de 2009). *Banco de Leche*. Disponible en: <https://www.asse.com.uy/contenido/BANCO-DE-LECHE-3392>

Bajo, J; Melchor, J; Mercé, L. (2007). *Fundamentos de Obstetricia (SEGO)*. Grupo ENE Publicidad, S.A

Bloom, S; Casey, B; Cunningham, F; Dashe, J; Hoffman, B; Leveno, K; Spong, C. (2019). *Williams Obstetricia Vigésimoquinta Edición*. McGRAW-HILL INTERAMERICANA.

- Bouquet de Duran, R. (2012) Aborto espontaneo. *Liberabit*, 18(1), 53-58.
- Calva, E; Gómez López, M; Mota González, C. (2018). El hombre frente al embarazo y la pérdida perinatal: una breve revisión teórica. *Revista Alternativas en Psicología*. Nº 38, pp 44-60. <https://alternativas.me/27-numero-38-agosto-2017-enero-2018/156-el-hombre-frente-al-embarazo-y-la-perdida-perinatal-una-breve-revision-teorica>
- Carrascosa Gonzalvo, S; Crespo Mateos, A; García Molina, C; García Soriano, L; Santorres Pérez, M; Quesada Rico, J. (2022). Prevalencia del síndrome de burnout en profesionales de medicina y enfermería de Atención Primaria en centros de salud acreditados para Formación Sanitaria Especializada en dos áreas de salud de Alicante. *Revista Clínica de Medicina de Familia*. Vol 15, Nº 1. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1699-695X2022000100007&lang=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2022000100007&lang=es)
- Chacón, V., Espinoza, C., Fuentes, A., Geraldo, J., Gonzalez, R., Kakarieka, E., Osses, L., Ovalle, A. (2016). Método de clasificación de mortinatos según condición obstétrica relevante de la muerte fetal, en un hospital público de Chile. *Rev Med Chile*;144:1020-1028. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v144n8/art09.pdf>
- Cohen, M.; Diago, V.; Perales, A.; Perales, A. (2013). *Libro blanco de la muerte súbita infantil*. Ediciones Ergon. [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/libro\\_blanco\\_muerte\\_subita\\_3ed\\_1382443264.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/libro_blanco_muerte_subita_3ed_1382443264.pdf)
- Criado Enciso, F; Ferrer Barriendos, FJ; Iglesias Guiu, J; Martín Jiménez, A; Troyano Luque, J; Xercavins Montosa, J (2007). *Fundamentos de Obstetricia (SEGO)*. GRÁFICAS MARTE, S.L.
- Defey, D; Díaz Rossello, J; Friedler, R; Nuñez, M; Terra, C. (1992) *Duelo por un niño que muere antes de nacer*. ROCA VIVA.

Duverges, C; Fescina, R; Schwarcz, R. (2005). *Obstetricia 6a edición*. El Ateneo.

Esteve, C., González, F., Gómez, O., Illa, M., Masoller, N. (2020). Pérdida gestacional segundo trimestre y exitus fetal. *Fetal Medicine Barcelona*.

<https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-fetal/Exitusfetal.pdf>

González, P; Mercé, LT; Puertas, A. (2007). *Fundamentos de Obstetricia (SEGO)*. Grupo ENE Publicidad, S.A

Gómez-Ulla, P; Contreras García, M. (2021) *Duelo Perinatal*. SINTESIS.

HealthDay News/Dr. Tango. (21 de Julio de 2008). *Cuando los bebés mueren, los obstetras también sufren*.

<https://consumer.healthday.com/sexual-health-information-32/childbirth-health-news-126/cuando-los-beb-eacute-s-mueren-los-obstetras-tambi-eacute-n-sufren-617647.html>

Hegwood. E., M. S. J. (2017) 6 Beneficios de la lactancia materna para la madre. *Community health Network*. <https://www.achn.net/es/acerca-de-access/que-hay-de-nuevo/recursos-para-la-salud/6-beneficios-de-la-lactancia-materna-para-la-madre/>

Ley N° 18.345 de 2008. Otorgamiento de licencias especiales para determinados casos. 11 de septiembre de 2008. <https://www.bps.gub.uy/bps/file/12395/2/ley-18-345-licenciasespecialesymodificacion.pdf>

Ley N° 16.104 de 1990. Regulación de licencias de los funcionarios públicos. 23 de enero de 1990. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/16104-1990#:~:text=Se%20considera%20motivo%20de%20licencia,s%C3%AD%20o%20para%20los%20dem%C3%A1s.>

Ley N° 19.161 de 2013. Por la cual se modifica el subsidio por maternidad y fijación de subsidio por paternidad y subsidio para cuidado del recién nacido. 15 de noviembre de 2013. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/>

[19161-2013](#)

López, A. (2011). Duelo Perinatal: un secreto dentro de un misterio. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* Páginas 53-70.  
<https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v31n1/05.pdf>

Lozano, F; Rodriguez. G. (2007). *Óbito Fetal. Guía de manejo para Montevideo.* Medicina, Psiquiatría, Toxicología y Antropología forense. Departamento de Medicina Legal. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Recuperado de:  
[http://medicinalegal.edu.uy/.bibliografia/archivos/prot\\_derobitnacper.pdf](http://medicinalegal.edu.uy/.bibliografia/archivos/prot_derobitnacper.pdf)

Medela. (s/f). Beneficios de la lactancia materna para la madre. *Medela.*  
<https://www.medela.es/lactancia/viaje-de-las-madres/beneficios-de-la-lactancia-para-la-madre>

Melo, B. (22 de Octubre de 2018). Un postparto sin bebé. *Periódico Hoy.*  
<https://hoy.com.do/un-postparto-sin-bebe/>

Olaya, M; Galvis, S; Giraldo, G; Rojas, J; Rodriguez, J; Franco, J. (2017). Enfoque de las gestaciones múltiples de difícil diagnóstico durante la autopsia perinatal. *Revista Ciencias de la Salud.* 15(3):357-371. Doi:  
<https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6120>

Organización Panamericana de la Salud. (s/f). Beneficios.  
[https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=9328:breastfeeding-benefits&Itemid=42403&lang=es](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9328:breastfeeding-benefits&Itemid=42403&lang=es)

Oyala. R (14 de agosto,2018) ¿Que pasa con la lactancia tras la muerte del bebé? *Lactapp* <https://blog.lactapp.es/pasa-la-lactancia-tras-la-muerte-del-bebe-olaya-rubio/>

Parodi, N (04 de enero de 2015). *El hecho maravilloso de estar habitado por una personita, no deja de fascinarme cada día.* El Comercio.

<https://elcomercio.pe/viu/actitud-viu/natalia-parodi-suerte-llevar-dos-corazones-320075-noticia/>

Parrotta, A; Dehollainz, I. (2018) La lactancia en medio del duelo: dos pechos llenos de leche, amor y dolor. Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal. Disponible en <https://saludmentalperinatal.es/2018/11/27/lactancia-medio-del-duelo-dos-pechos-llenos-leche-amor-dolor/#:~:text=Buscador%20de%20profesionales-,La%20lactancia%20en%20medio%20del%20duelo%3A%20dos%20pechos,de%20leche%2C%20amor%20y%20dolor&text=La%20muerte%20de%20un%20hijo,la%20sociedad%20no%20tiene%20lugar.>

Roldan, M. (s/f) Realizar un funeral después de la muerte fetal, ¿es buena idea? *Madres hoy*. <https://madreshoy.com/realizar-un-funeral-despues-de-la-muerte-fetal-es-buena-idea/>

Rojas, E.; Karimar, S.; Oviedo, G.; Plenzyk, G. (2006) Incidencia y factores de riesgo asociados al óbito fetal en dos hospitales Venezolanos. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 71(1), 26-30. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262006000100005>

Serrano, C.; Lopez, E.; Castillo, A.; Gomez, M.; Amezcua, A; Gonzalez, G. (2015) Muerte fetal anteparto. Duelo Perinatal. *Revista Progresos de Obstetricia y Ginecología*. Vol. 58, N° 8, pp. 368-372. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0304501315000953>

Tovey. R; Turner. S. (2020) Fotografía de recuerdo de muerte fetal. *J Vis Comun Med*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31822151/>

Umamanita (2015). Guía de Atención a la Muerte Perinatal y Neonatal. Recuperado de: <http://www.umamanita.es/>

Vazquez, G. (2017). ¿Qué son los bebés arco iris? *Eroski Consumer*. <https://>

[www.consumer.es/bebe/que-son-los-bebes-arco-iris.html](http://www.consumer.es/bebe/que-son-los-bebes-arco-iris.html)

Vega. L. (2009). Muerte perinatal: El duelo de los padres. *Revista Mexicana de Pediatría*. Vol 76. N° 5. Páginas 203-204.

<https://medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2009/sp095a.pdf>

---

## **PÁGINA DE APROBACIÓN**

FACULTAD DE MEDICINA

El tribunal docente integrado por los abajo firmantes aprueba el Trabajo Final de Grado:

### **Título**

Rol de la Obstetra Partera ante el diagnóstico de Óbito Fetal. Comunicación y duelo.

**Modalidad:** Monografía X

Protocolo de Investigación

### **Autoras**

Romina Arrospide, María Gimena Luzardo, María Jesús Pieruccioni

### **Tutora**

Prof. Adj.Mag. Carolina Farías

### **Co Tutora**

Asist.Obst.Part. Fernanda Rodríguez

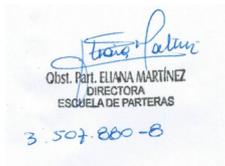
### **Carrera**

Obstetra Partera/o

### **Calificación**

NOTA 11

### **Tribunal**



Obst. Part. ELIANA MARTÍNEZ  
DIRECTORA  
ESQUELA DE PARTERAS  
3.507.860-8

Prof.Mag.Obst.Part.Eliana Martínez



Prof. Adj.Mag. Carolina Farías

Handwritten signature of Katherine Sardeña in blue ink on a light background.

Asist.Obst.Part. Katherine Sardeña

Handwritten signature of Fernanda Rodríguez in blue ink on a light yellow background.

Asist.Obst.Part. Fernanda Rodríguez

**Fecha** 01/08/2022