

Papel de la matrona ante el duelo perinatal en contexto actual de pandemia. Caso clínico.

Role of the midwife in perinatal mourning in the current context of a pandemic. Clinical case

Autoras:

- **Marta Rodríguez Villalón.** Hospital Materno-Infantil. Málaga. España.
- **Paula García Quirós.** Hospital Materno-Infantil. Málaga. España.
- **Ana Núñez García.** Hospital Materno-Infantil. Málaga. España.
- **Sandra Merino Martín.** Hospital Materno-Infantil. Málaga. España.
- **Paula González Berrocal.** Hospital Materno-Infantil. Málaga. España.

Autor de correspondencia:

- **Marta Rodríguez Villalón.** Hospital Materno-Infantil. Málaga. España.
Correo electrónico: mar_taro_dri@hotmail.com

Fecha de recepción:

- 07/02/2022

Fecha de aceptación:

- 28/02/2022

DOI:

- <https://doi.org/10.51326/ec.5.2.4070427>.

Modo de referenciar el artículo:

- Rodríguez Villalón M, García Quirós P, Núñez García A, Merino Martín S, González Berrocal P. Role of the midwife in perinatal mourning in the current context of a pandemic. Clinical case. *Enferm. Cuid.* 2022;5(2): 8-16. <https://doi.org/10.51326/ec.5.2.4070427>.



Las obras se publican en esta revista bajo una licencia Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0) que permite a terceros utilizar lo publicado siempre que mencionen la autoría del trabajo y a la primera publicación en esta revista.

Resumen

En 2019 la tasa de mortalidad fetal tardía en España fue de 3,11 defunciones por cada mil nacidos. El abordaje de la muerte perinatal y/o neonatal provoca una experiencia demoledora tanto para la madre como para la familia, por lo que, una atención integral del duelo reduce los efectos emocionales, psicológicos y sociales negativos para los padres. Muchos profesionales sanitarios tienen dificultades para manejar estas situaciones. A esto se añade, la actual crisis socio-sanitaria de SARS-CoV-2 que complica aún más la eficiencia que se debe prestar ante estas situaciones. Con la exposición del presente caso clínico queremos remarcar el importante papel de la matrona en la atención al duelo perinatal en el contexto de la situación de pandemia. Se exponen los datos recogidos en la exploración física y valoración según el modelo de Virginia Henderson, y se desarrolla un plan de cuidados completo. Es importante crear estrategias con un equipo interdisciplinar para facilitar el afrontamiento del duelo. Las intervenciones relacionadas con la creación de memoria surgen como elementos importantes en las experiencias de los padres por lo que deberíamos darle mayor énfasis. Se debe lograr una atención profesionalizada que ayude a resolver el proceso de duelo y la matrona debe ser uno de los profesionales de referencia para ello. Finalmente, se consideran necesarios más estudios de investigación, que cuenten con el contexto actual y que se continúe con la elaboración e implantación de guías en los hospitales españoles.

Palabras clave: Muerte Perinatal; Pandemia; Coronavirus; Duelo Perinatal; Matrona.

Abstract

In 2019, the late fetal mortality rate in Spain was 3.11 deaths per thousand births. The outcome of perinatal and/or neonatal death is a devastating experience for both the mother and the family, thus, providing high quality bereavement care has been shown to reduce emotional, psychological and social negative effects for parents. Many healthcare professionals find it difficult to handle these situations. In addition, the current SARS-CoV-2 social health crisis further complicates the quality of care that could be provided in these situations. With the presentation of this clinical case we want to highlight the important role of the midwife in the care of perinatal grief in the context of the pandemic situation. The data collected in physical examinations and assessments are presented according to the Virginia Henderson model, and a complete care plan is developed. It is important to create strategies with an interdisciplinary team to facilitate coping with grief. Interventions related to memory creation emerge as important elements in parents' experiences, so we should give them greater emphasis. Quality health care must be achieved to help solve the grieving process, and midwives must be one of the reference professionals for this. Finally, more research studies are considered necessary, taking into account which has been mentioned before and continuing with the development and implementation of guidelines in Spanish hospitals.

Keywords: Perinatal Death; Pandemic; Coronavirus; Perinatal Grief; Midwife.

1. Introducción

En 2019, la tasa de mortalidad fetal tardía en España fue de 3,11 defunciones por cada mil nacidos. En cuanto a la distribución por comunidades autónomas aquellas con mayor tasa de mortalidad fueron Ceuta y Melilla debido al escaso seguimiento de embarazo que suelen tener las mujeres embarazadas en dicha población, posiblemente por la baja adherencia en la atención primaria. Gracias a las innovaciones diagnósticas se ha reducido la tasa de mortalidad fetal en los últimos años, facilitando así el diagnóstico precoz y tratamiento, evitando multitud de muertes perinatales¹.

El duelo en la muerte fetal tardía y la manera de afrontar dicha situación de forma adecuada varía de unos padres a otros. Fomentar la comunicación en algunas madres resulta muy positivo, dando importancia a expresar sus sentimientos, pero solo en aquellas que necesitan hablar de ello. Se sabe que el abordaje de la muerte perinatal y/o neonatal provoca una experiencia demoledora tanto para la madre como para la familia o grupo de apoyo².

La atención pormenorizada después de la muerte perinatal reduce los efectos emocionales, psicológicos y sociales negativos para los padres. Dicha atención integral al duelo puede mejorar de forma potencial utilizando como indicador específico la descripción de las experiencias de los padres. Estos valoran mucho el comportamiento del personal, en particular la sensibilidad y la amabilidad para adquirir mayor fluidez en su proceso³.

Muchos profesionales sanitarios tienen dificultades para manejar situaciones que supongan dolor emocional, empatía y proximidad; provocando incluso incomodidad, contestando a las madres expresiones automatizadas y de evitación. A esto se añade una desorganización en cuanto a la falta de formación y de documentación institucional; aumentando los niveles de ansiedad y depresión en las madres y sus familias⁴.

2. Situación de pandemia actual

La pandemia actual de SARS-CoV-2 ha sido la crisis socio-sanitaria más grande experimentada en el último siglo. Todos los protocolos actualizados en cuanto la atención de gestantes y mujeres afectadas por el SARS-CoV-2 indican que el parto y su atención deben tener lugar en una sala de aislamiento, reduciéndose al mínimo el número de personal sanitario y de otro tipo que lo atiende.

Esto complica aún más la atención ante situaciones de duelo perinatal, impidiendo un trato cercano del personal e incluso creando mayores barreras en la relación terapéutica. El equipo de protección ante esta infección implica el uso de ropa protectora desechable, cubre zapatos, mascarillas N95, gafas protectoras/pantallas y guantes de dos capas hace que la comunicación y acercamiento con la gestante se lleve a cabo con gran dificultad, creando mayores obstáculos en la atención específica de duelo para los padres⁵⁻⁶.

3. Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica exhaustiva previa al desarrollo de dicho caso clínico seleccionando las palabras clave: muerte perinatal; pandemia; coronavirus; duelo perinatal; matrona. Las bases de datos utilizadas fueron las siguientes: PubMed, CINAHL, Cochrane y Scielo.

El presente caso clínico ha sido seleccionado con el objetivo principal de *analizar la importancia del papel de la matrona en la atención al duelo perinatal contextualizado en la pandemia SARS-CoV-2*.

Teniendo en cuenta como objetivos secundarios:

- Describir la actuación de la matrona en casos de duelo perinatal.
- Analizar la valoración enfermera realizada por la matrona en casos de duelo perinatal.
- Enumerar y desarrollar los diagnósticos enfermeros que corresponden al caso clínico desarrollado.
- Describir las actividades recomendadas para el caso clínico desarrollado.

4. Aspectos éticos y legales

Se ha mantenido en todo momento, la confidencialidad y la custodia de los datos recogidos de acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de regulación del tratamiento automatizado de datos de carácter personal, así como la última Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y el Reglamento de medidas de seguridad de los ficheros automatizados que contengan datos de carácter personal aprobados por el Real Decreto 994/1999 de 11 de junio.

Se solicitó consentimiento de forma verbal a la mujer y su pareja para la utilización y publicación de los datos, de manera anónima, en el presente caso clínico.

5. Desarrollo del caso clínico

Mujer de 31 años con gestación actual no controlada hasta semana 34. Se diagnostica en semana 36 una cardiopatía fetal compleja (ventrículo izquierdo hipoplásico, atresia mitro-aórtica e hipoplasia de arco aórtico, venas pulmonares ingurgitadas, que hacen sospechar foramen oval restrictivo).

Antecedentes personales:

- AGO: G2A1P1 (Gestación anterior también de captación tardía en semana 32-33)
- Grupo y RH: 0+
- Hipertensión inducida en el embarazo

El día 13/07/2020 se detecta MAPE (Muerte Anteparto Extrahospitalaria) en consulta de fisiopatología fetal en semana 37+3 de gestación.

Se decide ingreso en la planta de Alto Riesgo Obstétrico para inducción de parto al día siguiente.

Se toma muestra de PCR para la detección del virus SARS-CoV-2.

Evolución clínica:

Día 14/07:

- 08h se administran 100 microgramos de prostaglandina E1 vía vaginal.
- Exploración vaginal: cérvix posterior, permeable a punta de dedo, formado.
- Dinámica irregular, no percibida por la gestante.
- TA: 140/90 mmHg.
- Pruebas Complementarias: PCR SARS-CoV-2 pendiente de resultado por lo que se mantiene protocolo de aislamiento por resultado desconocido hasta su hallazgo. Lo que dificulta aún más la situación para los padres y la comunicación con los profesionales.

Plan de Actuación:

- Personal asistencial equipado con mascarilla FFP2, pantalla protectora, uso de guantes y bata impermeable.
- Monitorización de dinámica uterina.

- El equipo de ginecología informa a los padres sobre la conveniencia de realizar estudio necropsico del feto y estos aceptan.
- Desean ver al feto tras el nacimiento para afrontamiento del duelo tras ser informados de los beneficios de dicho acto.

Tras 2 horas de la administración de la medicación, la gestante refiere dinámica muy dolorosa por lo que baja a paritorio para valoración de anestesia epidural.

Conseguimos control del dolor con analgesia epidural y la dilatación evoluciona rápido y sin incidencias. Tras epidural recibimos resultado negativo de la PCR para el virus SARS-CoV-2.

Durante la dilatación comienza con fiebre de 39° C por lo que iniciamos profilaxis antibiótica y administración de antitérmico.

Requiere apoyo emocional proporcionado por la matrona, que tras el resultado negativo puede ofrecer un cuidado más cercano y permanecer haciendo compañía y apoyo emocional. Esta explica la situación y resuelve dudas quedando disponible para cualquier tipo de pregunta que pueda tener la pareja.

Tras dilatación completa se decide ayuda en expulsivo: vacuo a las 14:15h, episiotomía medio-lateral derecha. Se produce salida de cabeza fetal comprobándose distocia de hombros que no se resuelve con maniobras de I y II nivel.

Gestante pasa a quirófano para anestesia general y relajación uterina, se consigue resolución de distocia con maniobras de II nivel, extracción de hombro posterior y maniobra de Woods.

Se realiza alumbramiento manual con salida de placenta y membranas íntegras, se repasa cavidad con legra fenestrada, impresionando cavidad vacía. Revisión de canal blando. Episiorrafia por planos, tacto vaginal y rectal normales. Útero contraído, orina clara por sonda. Se administran 20 UI de oxitocina intravenosa postparto y 4 comprimidos de misoprostol transrectal.

Durante el puerperio inmediato y tardío, los padres, tras los consejos de la matrona, ven a su bebé, permitiéndoles así comenzar un duelo menos patológico y canalizar los sentimientos que les produce esta situación tan dolorosa. Quisieron tomarlo en sus brazos y tomarle una foto de sus manitas. Se les ofreció realizar la Caja de recuerdos y aceptaron.

Al alta hospitalaria se ofrece cita en Consulta de Duelo Perinatal, pero la señora y su pareja no desea en el momento actual (contactará para solicitar cita si cambio de opinión). Lactancia inhibida, se aconseja sujetador / vendaje compresivo y no estimulación mamaria.

6. Valoración de enfermería

La valoración enfermera (**tabla I**) se lleva a cabo según el modelo conceptual de Virginia Henderson, a partir del cual se elabora un Plan de Cuidados.

7. Plan de cuidados

En la siguiente tabla (**tabla II**) se recoge la planificación de los cuidados y el seguimiento o evaluación tras su ejecución. Estos han sido elaborados siguiendo la taxonomía estandarizada enfermera **NANDA** (*Herdman TH and Kamitsuru S, 2018-2020*), **NIC** (*Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E, 2018*), **NOC** (*Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey-Dochterman J, Wagner CM, 2018*).

Los cuidados establecidos, así como los diagnósticos, intervenciones y resultados obtenidos por la matrona encargada hacen referencia a la gestante.

La matrona responsable hace hincapié entre los problemas existentes y actúa sobre el duelo complicado y el afrontamiento ineficaz que presenta la gestante, prestándole apoyo y asesoramiento para aliviar el sufrimiento derivado del diagnóstico. Se realizan técnicas de relajación y medidas individualizadas para evitar las complicaciones potenciales derivadas de un duelo patológico.

Tras ello, favorecemos el encuentro de la madre con el recién nacido, fomentando la intimidad y un ambiente relajado. Por último, cuando la pareja comunica la negativa ante la proposición de derivación a consulta de duelo perinatal, se procede a resolver dudas y ofrecer la posibilidad de esta derivación cuando lo deseen.

Se puede ver cómo las parejas que atraviesan una situación de duelo perinatal no cuentan con las herramientas necesarias para afrontarlo y requieren de apoyo profesional, en este caso, de la matrona, que es su profesional de referencia, para calmar miedos y resolver todas las dudas. La matrona tiene función educadora e informativa durante todo el proceso, así como también

puede derivar a la pareja a profesionales que completen esta atención al duelo.

Para terminar, se informa a la pareja de que tienen a la matrona de atención primaria como sanitario referente tras el alta.

8. Discusión

La actuación de los profesionales sanitarios en estos casos muchas veces es cuestionada y criticada. En muchas ocasiones, nos encontramos desprovistos de herramientas y recursos, como está ocurriendo durante la pandemia por el SARS-CoV-2, pero hay veces que se debe a la falta de interés por parte de muchos profesionales para prestar una atención eficaz. Y es por ello que algunas madres manifiestan insatisfacción con el cuidado recibido por parte de los profesionales que le atienden².

Es importante crear estrategias por parte de un equipo interdisciplinar (matrona, ginecólogo, psicólogo...) para facilitar el afrontamiento del duelo. Las intervenciones relacionadas con la creación de memoria surgen como elementos importantes en las experiencias de los padres por lo que deberíamos darle mayor énfasis.

Varios estudios examinaron las percepciones de los padres sobre intervenciones específicas del duelo; en los cuales el contacto con el recién nacido, las oportunidades de cuidarlo, la fotografía de duelo y la colección o creación de recuerdos surgieron como elementos importantes. Los padres identificaron la necesidad de orientación sobre cada una de estas estrategias clave⁷.

En el caso de la matrona tanto en Atención Especializada como Atención Primaria tiene contacto directo con la madre y su pareja, si la tiene, por lo que es un profesional cercano que debe disponer de las herramientas necesarias para el asesoramiento y atención al duelo de la familia.

9. Conclusión

En la situación de pandemia mundial en la que nos encontramos se hace más difícil la atención holística a las mujeres y sus parejas en el proceso de duelo, ya que requieren contacto físico y acercamiento que se ve mermado por las limitaciones y medidas de seguridad para luchar contra la COVID 19. Aun así, la matrona, como profesional de referencia, está preparada para modificar la atención y adaptarla a las necesidades de

este momento para que la mujer reciba una asistencia de calidad. Se debe lograr una atención integral que ayude a resolver el proceso de duelo y la matrona debe ser uno de los profesionales de referencia para ello.

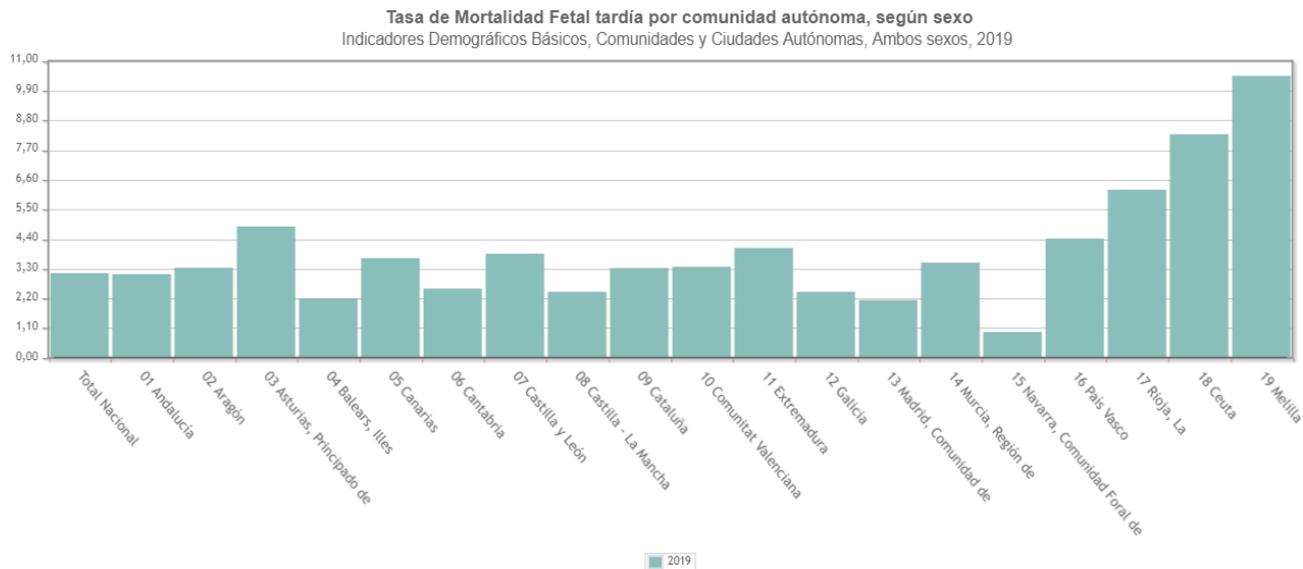
Para dicha atención se debe realizar una valoración completa y diagnóstico enfermero individualizado llevando a cabo un plan de cuidados enfocado en facilitar el duelo perinatal para disminuir el riesgo de duelo complicado; mejorar el afrontamiento ineficaz con apoyo emocional y técnicas para favorecer la resolución de problemas disminuyendo el nivel de ansiedad.

Finalmente, es necesario elaborar más estudios de investigación, que tengan en cuenta el contexto actual y trabajando en nuevas guías de actuación en los hospitales; dando énfasis en la creación de redes de apoyo para la ayuda de familiares y apoyos sociales.

10. Bibliografía

1. Instituto Nacional de Estadística. Tasa de Mortalidad Fetal tardía por comunidad autónoma, según sexo. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2019. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1696#!tab-s-tabla>.
2. Alconero-Camarero AR, Íbañez Rementería MI, Gil Urquiza MT. Apoyo a madres, padres y familias para lograr un duelo sano tras la muerte perinatal. *Enferm Clin*. 2016;26(4):261-2. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2015.12.001>
3. Aiyelaagbe E, Scott RE, Holmes V, Lane E, Heazell AEP. Assessing the quality of bereavement care after perinatal death: development and piloting of a questionnaire to assess parents' experiences. *J Obstet Gynaecol*. 2017;37(7):931-6. <https://doi.org/10.1080/01443615.2017.1316710>
4. López García de Madinabeitia AP. Duelo perinatal: un secreto dentro de un misterio. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr*. 2011;31(1):53-70. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352011000100005>
5. González AM, Hernández-Pinto P, Maldonado S, Villalobos I, Sierra N, Melgosa I. Analysis of the care management protocol for COVID pregnant women and detection of improvement proposals applying clinical simulation methodology. *Rev Esp Anestesiología Reanim*. 2020;67 (9):487-95. <https://doi.org/10.1016/j.redar.2020.07.010>
6. Qi H, Lou X, Zheng Y, Zhang H, Li J, Zou L. et al. Safe delivery for pregnancies affected by COVID-19. *BJOG*. 2020;127(8):927-9. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.16231>
7. Thornton R, Nicholson P, Harms L. Scoping Review of Memory Making in Bereavement Care for Parents After the Death of a Newborn. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2019;48(3): 351-60. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2019.02.001>
8. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey-Dochterman J, Wagner CM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 7ª ed. Madrid: Elsevier España; 2018.
9. El Parto es Nuestro, Umamanita. Guía para la Atención a la muerte perinatal y neonatal. Madrid; 2015.
10. Herdman TH, Kamitsuru S. NANDA diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación (2018-2020). 11ª ed. Madrid: Elsevier España; 2019.
11. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 6ª ed. Madrid: Elsevier España; 2018.

Anexos y Tablas



ANEXO 1. Tasa de mortalidad fetal tardía por comunidad autónoma según sexo.

1º Respirar normalmente. Manifestaciones de independencia. Respira sin dificultad.

2º Comer y beber adecuadamente. M. de independencia: dieta variada, abundantes frutas y verduras, no sustancias tóxicas; m. dependencia: no se observan.

3º Eliminar por todas las vías corporales. M. de independencia y m. dependencia: no se observan.

4º Moverse y mantener posturas adecuadas. M. de independencia: ejercicio físico moderado; m. dependencia: no se observan; datos a tener en cuenta: limitación de movimientos relacionado con el tamaño del vientre.

5º Dormir y descansar. M. de independencia: dificultad para conseguir un sueño reparador sufrimiento que siente derivado de la situación; m. dependencia: no se observan; datos a tener en cuenta: refiere tener miedo de dormir por las pesadillas que tiene.

6º Escoger la ropa adecuada. Vestirse y desvestirse. M. de independencia: viste adecuadamente; m. dependencia: no se observan.

7º Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales adecuando la ropa y modificando el ambiente. M. de independencia: no se observan; m. dependencia: no se observan.

8º Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel. M. de independencia: adecuada hidratación de piel y mucosas; m. dependencia: no se observan.

9º Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas. M. de independencia: no se observan; m. dependencia: no se observan.

10º Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones. M. de independencia: le cuesta expresar sus dudas y miedos; m. de dependencia: se muestra ansiosa con respecto al diagnóstico, con miedo e incertidumbre a pesar de las explicaciones, requiere apoyo emocional.

11º Vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias. M. de independencia: manifiesta sentimiento de culpa por no poder brindar apoyo a su pareja que también se encuentra muy afectado por la situación; m. dependencia: se encuentra acompañada por su pareja en todo momento, el cual se muestra ansioso y temeroso por lo que no puede darle el apoyo necesario.

<p>[00069] Afrontamiento Ineficaz: Patrón de apreciación no válida sobre los agentes estresantes, con esfuerzos cognitivos y/o conductuales, que fracasan en la gestión de las demandas relacionadas con el bienestar.</p> <p>r/c Confianza inadecuada en la habilidad para manejar la situación.</p> <p>m/p Estrategias de afrontamiento ineficaces.</p>		
OBJETIVOS/NOC		INTERVENCIONES/NIC
<p>[1302] Afrontamiento de problemas</p> <p>Escala desde NUNCA demostrado (1) hasta SIEMPRE demostrado (5)</p>		<p>[5230] Mejorar el afrontamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ayudar al paciente a identificar los objetivos apropiados a corto y largo plazo. - Ayudar al paciente a evaluar los recursos disponibles para lograr los objetivos. - Valorar el impacto de la situación vital del paciente en los roles y las relaciones. - Proporcionar información objetiva. - Alentar la verbalización de sentimientos, percepciones y miedos. - Estimular la implicación familiar, según corresponda.
Indicador	Valor Inicial	Valor Final
<p>[130214] Verbaliza la necesidad de asistencia</p>	1	4
<p>[130223] Obtiene ayuda de un profesional sanitario</p>	2	5
<p>[1309] Resiliencia personal.</p> <p>Escala desde NUNCA demostrado (1) hasta SIEMPRE demostrado (5)</p>		<p>[5880] Técnicas de relajación.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reducir o eliminar los estímulos que crean miedo o ansiedad. - Permanecer con el paciente. - Proporcionar tiempo y espacio para estar a solas, según corresponda. - Instruir al paciente sobre métodos que disminuyan la ansiedad.
<p>[130903] Expresa emociones</p>		<p>[8340] Fomentar la resiliencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fomentar el apoyo familiar. - Facilitar la comunicación familiar.
<p>[130912] Busca apoyo emocional</p>	1	4
<p>[130925] Identifica los recursos comunitarios disponibles</p>	2	5
		<p>[5270] Apoyo emocional.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo. - Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional. - Proporcionar ayuda en la toma de decisiones. - Proporcionar apoyo durante la negación, ira, negociación y aceptación de las fases del duelo.

TABLA II. Diagnósticos NANDA con los correspondientes NOC, NIC y actividades realizadas.