

FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIVERSIDAD DE CANTABRIA

TRABAJO FIN DE GRADO

“El duelo perinatal, cuidados de enfermería”

“Perinatal Grief, Nursing Care”



GRADO EN ENFERMERÍA

Curso académico 2024/2025

AUTORA:

Daniela Stratulat

DIRECTORA:

Virginia Álvarez García

Anexo II: AVISO RESPONSABILIDAD UC

Este documento es el resultado del Trabajo Fin de Grado de un alumno, siendo su autor responsable de su contenido.

Se trata por tanto de un trabajo académico que puede contener errores detectados por el tribunal y que pueden no haber sido corregidos por el autor en la presente edición. Debido a dicha orientación académica no debe hacerse un uso profesional de su contenido.

Este tipo de trabajos, junto con su defensa, pueden haber obtenido una nota que oscila entre 5 y 10 puntos, por lo que la calidad y el número de errores que puedan contener difieren en gran medida entre unos trabajos y otros,

La Universidad de Cantabria, el Centro, los miembros del Tribunal de Trabajos Fin de Grado, así como el profesor tutor/director no son responsables del contenido último de este Trabajo.

ÍNDICE

RESUMEN	4
ABSTRACT	4
INTRODUCCIÓN	5
OBJETIVOS	7
JUSTIFICACIÓN DEL TEMA	8
ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	9
CAPÍTULO 1: CONTEXTUALIZACIÓN OBSTÉTRICA Y EPIDEMIOLÓGICA	10
1.1. EL PROCESO DE LA GESTACIÓN	10
1.2. MORTALIDAD PERINATAL.....	11
1.3. TIPOS DE PÉRDIDA GESTACIONAL	15
PRIMER TRIMESTRE	15
SEGUNDO TRIMESTRE.....	18
TERCER TRIMESTRE.....	20
1.4. MARCO LEGAL	20
CAPÍTULO 2: DUELO PERINATAL	22
CAPÍTULO 3. INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL DUELO PERINATAL	25
CONCLUSIONES	29
BIBLIOGRAFÍA	30
ANEXO	36

RESUMEN

La mortalidad perinatal y la muerte gestacional representan un problema significativo de sanidad pública a nivel mundial. Cada año, se producen millones de casos en los que familias se enfrentan a la muerte de un hijo durante el embarazo, el parto o sus primeros días de vida. Estas pérdidas producen repercusiones emocionales, psicológicas y físicas en los padres afectados; quienes suelen sufrir un proceso de duelo que muchas veces no es reconocido ni tratado de la forma adecuada. El duelo perinatal es un proceso muy duro y complejo, tanto para los progenitores como para los profesionales del ámbito de la salud que atienden este tipo de casos. El papel de la enfermería es clave por su parte asistencial, como también por ser quienes ofrecen los cuidados emocionales y psicológicos, así como el apoyo necesario para que las personas afectadas puedan afrontar adecuadamente la situación. En este contexto, los cuidados por parte de las enfermeras deben de ofrecer una atención integral basada en la evidencia, promoviendo intervenciones que faciliten el proceso de duelo. Se destaca la importancia de una formación específica y adaptada, así como una estandarización de protocolos que incluya una atención global. Es por ello necesaria una mejora por parte del sistema de salud para formar y desarrollar habilidades específicas que permitan ofrecer una mejor atención a las pacientes atendidas.

PALABRAS CLAVE: Muerte Fetal, Duelo, Atención de Enfermería, Obstetricia

ABSTRACT

Perinatal mortality and gestational death represent a significant global public health issue. Each year millions of families are confronted with the loss of a child during pregnancy, childbirth, or in the early days of life. These losses have profound emotional, psychological, and physical repercussions on the affected parents, who often undergo a grieving process that is frequently neither acknowledged nor adequately addressed. Perinatal grief is a very complex process, both for the parents and for the healthcare professionals who care for these cases. Nursing plays a crucial role, not only in providing clinical care but also in delivering emotional and psychological support, which is essential in helping affected individuals cope with the situation. In this context nursing care must be comprehensive and evidence-based, promoting interventions that facilitate the grieving process. The importance of specific and tailored training for professionals who provide this type of care is emphasized, along with the need for standardized protocols that ensure holistic care. Therefore, improvements within the healthcare system are essential to foster the development of specific skills and training that enable professionals to provide better care for patients experiencing such losses.

KEYWORDS: Fetal Death, Grief, Nursing Care, Midwifery

INTRODUCCIÓN

La muerte fetal es una de las situaciones más duras que pueden suceder en una familia sobre todo cuando se encuentran en la etapa de embarazo con ilusión o bien ya han creado expectativas de futuro. La pérdida de un bebé durante el embarazo o durante los primeros días de vida es un factor estresante grave que produce síntomas de duelo agudo como profunda tristeza, ira, culpa o desesperanza; además de reacciones físicas y sociales. A pesar del impacto que se produce en la dinámica familiar de los padres y sus entornos, el duelo perinatal es muchas veces silenciado o socialmente minimizado lo que puede producir que los padres se sientan solos e incomprendidos, aumentando su tiempo de recuperación. Los síntomas pueden agravarse con el tiempo y desembocar en un estado crónico, lo que se conoce como duelo complicado. Este tipo de duelo requiere de un conocimiento más profundo que permita el desarrollo de técnicas de atención más avanzadas para así mejorar el cuidado a las personas afectadas. (X. Zhang et al., 2024)

Cada año se producen unas 2,7 millones de muertes perinatales en todo el mundo, de los cuales 2000 casos son en España. (Fernández-Sola et al., 2020a) Las principales causas de muerte fetal son, en su mayoría evitables, incluyendo factores como complicaciones en el parto, infecciones maternas, complicaciones durante el embarazo o bien carencias en la atención obstétrica sanitaria. La tasa de mortinatos a nivel global asciende en países de bajos ingresos del sur de Asia y del África Subsahariana, en los cuales las cifras se sitúan entre 25-36 mortinatos por cada 1000 nacimientos, mientras que en países de altos ingresos estas cifras son casi 10 veces menores. Es por ello un reto pendiente la introducción de acciones internacionales encaminadas a reducir las tasas de mortalidad perinatal a nivel global. (Masereka et al., 2020)

Las cifras expuestas evidencian que el personal sanitario tanto del servicio de obstetricia como de neonatología se enfrenta de forma recurrente a este tipo de situación. Las matronas y enfermeras son las profesionales que acompañan y desempeñan un cuidado integral durante todo el proceso. Poseen una posición privilegiada como profesionales ya que mantienen un contacto continuo con las familias. La alta incidencia de muerte perinatal en el mundo ha exaltado la importancia de formarlas en esta área para proporcionar así una buena calidad asistencial al ser capaces de ofrecer unas intervenciones adecuadas para cada caso. Se ha demostrado que una atención basada en el apoyo emocional y la empatía sirve de gran ayuda a las familias en el proceso de duelo. (Almeida et al., 2016; Fernández-Férez et al., 2021a)

Los cuidados basados en la evidencia y en las necesidades individualizadas de este tipo de casos contribuyen a una mejor adaptación a la pérdida. Existen estudios que han analizado la evidencia sobre la eficacia de las intervenciones enfermeras en el proceso de duelo perinatal. Se ha

demostrado que la información que se les ofrece a los padres es muy importante en el posterior proceso de duelo. Sin embargo, se ha concluido que la mayor parte de las matronas carecen de confianza para ofrecer el apoyo necesario a los padres durante el duelo, y esto se manifiesta cuando una gran proporción de enfermeras expresa que no tienen las habilidades suficientes para asesorarles. Es por ello que se considera necesaria una mejora de su formación, incluyendo conocimientos clínicos y legales, así como técnicas de comunicación y de actuación para fomentar su confianza y mejorar de esta forma su apoyo al duelo. (Agwu Kalu et al., 2018; Fernández-Férez et al., 2021a) En un estudio transversal realizado sobre el abordaje de las matronas en el duelo perinatal se observó que tan solo el 4,1% de las 267 matronas entrevistadas se sentían bien preparadas para atender a una mujer afectada por una pérdida perinatal. El 16,5% de ellas nunca recibió formación específica para atender a estas familias afectadas, incluso la gran mayoría refiere una falta de preparación profesional para ofrecer los cuidados emocionales y psicológicos necesarios en cada caso. (Rubio-Alvarez et al., 2024)

Las enfermeras son profesionales que están en primera línea en la parte asistencial sanitaria, por lo que desempeñan un papel clave en el desarrollo y en la aplicación de protocolos asistenciales. A pesar de la incidencia de casos a nivel mundial y de la importancia de un correcto abordaje del duelo perinatal, existe escasez en la formación de los profesionales, así como de protocolos específicos de abordaje que son en muchos contextos, insuficientes. (He et al., 2024) Es crucial mejorar las competencias en la comunicación, pues está demostrado que la forma en la que se informa y se acompaña a los padres durante el proceso incide de forma directa en la superación del posterior proceso de duelo. De la misma manera, es considerada como buena estrategia un abordaje interdisciplinar que acoja intervenciones psicológicas tanto para las familias, con el fin de brindarles un espacio seguro para expresar su dolor y que a su vez sientan una validación del proceso, como para los profesionales que están expuestos de forma reiterada para poder ayudarles a prevenir el desgaste profesional. El aprendizaje y sensibilización son esenciales, por lo que es muy importante profundizar en los cuidados para poder ofrecer un abordaje integral a los afectados. (Caro-Costa et al., 2025a)

Todo lo expuesto hasta aquí pone de manifiesto el papel fundamental que tiene el profesional de enfermería en el acompañamiento a las familias que sufren un duelo perinatal, ofreciendo los cuidados integrales necesarios requeridos. La enfermera está encargada de ofrecer un apoyo basado en la evidencia que facilite la superación del duelo en este contexto. Es de vital importancia que ofrezca un ambiente de confianza en el cual los padres puedan expresar sus emociones y sentimientos, además de que puedan participar de forma activa en el proceso de pérdida. Está en sus competencias fomentar estrategias de afrontamiento como el uso de

técnicas de distracción, coordinar sesiones grupales, fortalecer el apoyo social, la promoción de la salud fomentando la actividad física y el deporte, etc. Numerosos estudios demuestran que las intervenciones realizadas por enfermeras y matronas tienen un gran potencial en la mejora del duelo y sus síntomas correspondientes, por lo que se debería considerar el apoyo al desarrollo de este tipo de intervenciones. (Xie et al., 2024)

OBJETIVOS

Para estructurar adecuadamente el desarrollo del trabajo, se definirá un objetivo general, y a partir de este, varios objetivos específicos que guiarán el desarrollo del TFG.

- Objetivo general: analizar el fenómeno de la muerte fetal y el acompañamiento enfermero durante el duelo.
- Objetivos específicos:
 1. Describir el proceso del embarazo y sus complicaciones.
 2. Definir el concepto de duelo perinatal:
 - Duelo perinatal
 - Impacto psicológico
 3. Identificar la importancia de los cuidados enfermeros en el contexto de duelo perinatal.

JUSTIFICACIÓN DEL TEMA

A través de la formación teórica y práctica a la que he tenido acceso gracias a mi formación universitaria en el Grado de Enfermería, he podido conocer los procesos de varias mujeres que han sufrido una muerte fetal. Esta situación incluye factores tanto emocionales, como psicológicos y sociales; por lo que he podido estar presente y ver la trascendencia de los cuidados e intervenciones de enfermería. He podido observar que los cuidados de enfermería son un pilar fundamental para el abordaje del duelo, lo que ha sido fundamental para elegir éste como tema del TFG y poder profundizar mis conocimientos sobre ello.

Con el paso de los años se ha avanzado considerablemente en la importancia de la atención al duelo perinatal recalcando la calidad asistencial y los cuidados durante el proceso. Sin embargo, a pesar de ello los protocolos establecidos actualmente y la formación específica ofrecida a los profesionales se quedan escuetos, resultando insuficientes para la práctica clínica. Las estrategias de intervención y el conocimiento en profundidad del impacto psicológico en los padres son necesarios para facilitar el proceso de duelo; a pesar de ello, los profesionales no cuentan con una estandarización de las intervenciones lo que fomenta la aparición de variabilidad en la calidad de la atención ofrecida. (Qian et al., 2021) Es por ello necesario que se les ofrezcan a los profesionales de enfermería estrategias encaminadas a fortalecer sus competencias en apoyo emocional y comunicación terapéutica durante el proceso del duelo perinatal. (Caro-Costa et al., 2025b)

La falta de un acompañamiento adecuado durante el proceso de duelo podría producir en las personas afectadas un mayor sufrimiento emocional, así como dificultar el proceso de duelo, favoreciendo la posibilidad de desencadenarse un trastorno de estrés postraumático, depresión o ansiedad. (Gold et al., 2016) Desde la perspectiva social diversos estudios evidencian el estigma de sufrir la muerte perinatal de un hijo. Las consecuencias varían según el género y el país de origen de los padres. Muchos de ellos se sienten socialmente incomprendidos, lo que favorece su aislamiento emocional y limita sus redes de apoyo. (Burden et al., 2016)

El trabajo busca exponer la evidencia actualizada disponible para proporcionar una comprensión más clara del papel de la enfermería en este complejo proceso respetando siempre el marco legal. Se busca aportar las herramientas necesarias para optimizar la atención a las familias afectadas contribuyendo así, a una profesionalización de los cuidados de enfermería.

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

El presente Trabajo de Fin de Grado (TFG) trata de una revisión bibliográfica en la que se pretende analizar el problema de la muerte fetal el cual representa un problema a nivel social y de salud pública; así como el papel de la enfermería como acompañamiento en el proceso y en el posterior duelo perinatal.

Se ha realizado una búsqueda en distintas bases de datos científicas como PubMed, SciELO, Elsevier, Scopus y el buscador de Google Académico. Para la selección de artículos se establecieron criterios de inclusión y exclusión con la finalidad de obtener una información de alta calidad. Se aplicaron filtros para seleccionar los artículos de texto completo publicados en un periodo de los últimos diez años, tanto en inglés como en español. Fueron excluidos de la revisión aquellos artículos que no se encontraran a texto completo, los que no trataban de forma explícita el tema buscado, así como los publicados antes del año 2015.

Para la búsqueda se utilizaron MeSH (Medical Subject Headings) y DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud). A su vez, se han utilizado operadores booleanos “AND”, “OR” y “NOT” para formar estrategias de búsqueda más precisas relacionadas con el tema estudiado.

MeSH	DeCS
Pregnancy	Embarazo
Fetal Death	Muerte fetal
Abortion,, Spontaneous	Aborto espontáneo
Perinatal Death	Muerte perinatal
Grief	Duelo
Nursing Care	Atención de enfermería
Midwifery	Obstetricia
Mental Health	Salud Mental
Nursing Role	Papel de la enfermería
Epidemiology	Epidemiología

Asimismo, se ha consultado información disponible en sitios web oficiales de organismos tanto nacionales como internacionales tales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), United Nations Children’s Fund (UNICEF), el Instituto Nacional de Estadística (INE), el Boletín Oficial del Estado (BOE), el Ministerio de Sanidad del Gobierno de España, la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) y la American Psychological Association (APA).

CAPÍTULO 1: CONTEXTUALIZACIÓN OBSTÉTRICA Y EPIDEMIOOLÓGICA

1.1. EL PROCESO DE LA GESTACIÓN

El embarazo es un proceso fisiológico que comienza con la fecundación del óvulo por el espermatozoide y su posterior implantación en el útero, con el objetivo de dar lugar al nacimiento de un recién nacido sano. A partir del octavo día post fecundación, la hormona beta gonadotropina coriónica humana (β -hCG) comienza a sintetizarse con el fin de mantener el cuerpo lúteo y asegurar la producción de progesterona durante las primeras semanas de gestación. La detección de esta hormona en sangre o en orina permite confirmar químicamente un embarazo. La primera ecografía rutinaria suele realizarse en la mayoría de países entre las 12+0 y la 13+6, en este periodo el latido cardiaco ya se puede detectar por lo que se puede confirmar la viabilidad del embarazo y valorar el desarrollo embrionario. (Hutchinson et al., 2017) Con esta técnica de diagnóstico se busca estimar la edad gestacional y detectar las posibles complicaciones que pudieran existir, tales como embarazos ectópicos o molares, anomalías en la implantación o sangrados intrauterinos. La duración del embarazo es de unas 40 semanas aproximadamente, contadas desde el primer día de la fecha de la última menstruación (FUR) y se divide en tres trimestres. (Bromley & Platt, 2024; Velázquez, 2014)

En España, en el año 2008 nacieron casi 520.000 niños. A partir de ese momento, se ha producido un descenso de la natalidad en todo el país. Este hecho se ha visto algo más acentuado en los nacimientos en Cantabria que a nivel nacional. En el año 2023 se atendieron en la comunidad autónoma 2943 partos, mientras que en España la cifra desciende a 320656. (INE. Instituto Nacional de Estadística, s. f.; Nota de Prensa: Movimiento Natural de la Población / Indicadores Demográficos Básicos. Año 2023., s. f.)

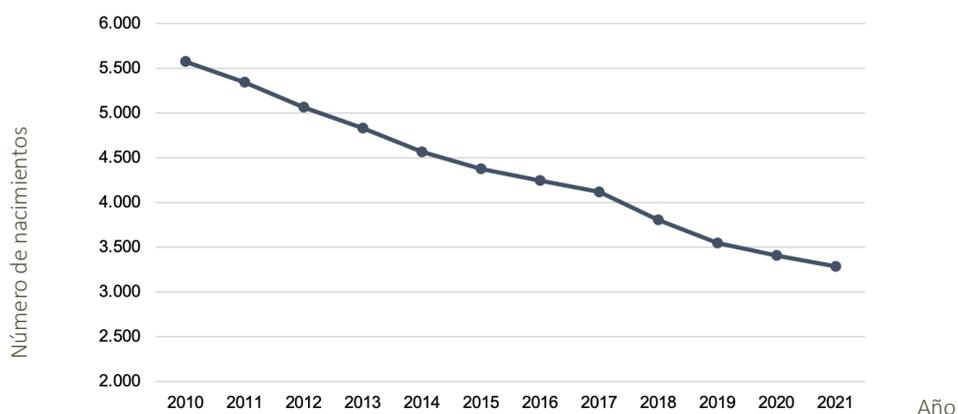


Figura 1. Evolución número de nacimientos en Cantabria 2010-2021. Fuente: Instituto Cántabro de estadística a partir del Movimiento Natural de la población. (INE. Instituto Nacional de Estadística, s. f.)

A lo largo de los años, se ha observado un retraso en la edad de maternidad en España pasando de una edad media de 28 años en el año 1975 a una media de más de 32 en el 2023. Este hecho está estrechamente relacionado con el descenso de la natalidad en el país. Al incrementar la edad de las mujeres al tener su primer hijo, su periodo de fertilidad se acorta haciendo que el número de hijos se reduzca, descendiendo el número de nacimientos también. Diversos estudios han demostrado que el aumento progresivo de la edad de maternidad es un factor de riesgo para que se produzcan pérdidas gestacionales. La edad materna avanzada es considerada aquella superior a los 35 años de edad, esta está relacionada con múltiples repercusiones fisiológicas que pueden tener un impacto negativo en el feto tales como la restricción del crecimiento fetal, anomalías cromosómicas, aborto espontáneo, preeclampsia, diabetes mellitus gestacional, partos prematuros y aumento de las tasas de cesáreas. De todos estos riesgos, el aborto espontáneo y la muerte fetal son los más prevalentes. (Frick, 2021)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Primer hijo	30,7	30,8	31,1	31,0	31,2	31,2	31,3	31,5	31,5	31,7	31,4	32,2	32,0	32,0
Total	31,8	32,0	32,1	32,2	32,3	32,4	32,5	32,5	32,6	32,8	32,5	33,1	33,1	33,1

Figura 2. Edad media maternidad en España. Unidades: años. Fuente: Instituto Cántabro de Estadística a partir del *Indicadores Demográficos Básicos*. (INE. Instituto Nacional de Estadística, s. f.)

1.2. MORTALIDAD PERINATAL

La muerte fetal se define como el fallecimiento del feto antes del parto presentando ausencia de latido cardiaco, movimientos fetales y pulsación del cordón. Se considera aquella que ocurre entre la semana 22 de gestación y los 7 primeros días de vida. Se incluye, además, el periodo a partir del cual el feto pesa más de 500g. (Fernández-Férez et al., 2021b) Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la muerte fetal se entiende como la muerte del feto antes del nacimiento bajo las condiciones de un peso de al menos 1000g, una edad gestacional de al menos 28 semanas y una longitud mínima de 35cm. Sin embargo, debido a las diferencias entre países a la hora de definir la viabilidad fetal, algunos países definen el concepto de mortalidad perinatal de forma diferente, incluyendo fetos de una edad gestacional menor. Se recomienda que todos los mortinatos de 22 a 28 semanas sean notificados para facilitar las comparaciones internacionales y establecer así unos datos más reales a nivel global. Es de vital importancia recalcar que las tasas de muerte perinatal son significativamente superiores en mujeres con bajos ingresos económicos. (Vidiella-Martin et al., 2021)

La muerte perinatal es un problema de salud mundial. Cada año se registran unas 2,6 millones muertes fetales en todo el mundo, se estiman 17,3 fallecimientos por cada 1000 partos. (*WHO Data*, s. f.) La OMS refiere en marzo de 2024 que las muertes neonatales se han visto reducidas a nivel mundial un 44% desde el año 2000. Esto se atribuye a la mejora del cuidado perinatal gracias al mejor acceso de la atención sanitaria durante el embarazo, el parto y el periodo neonatal. (*WHO Data*, s. f.) Un estudio publicado en el año 2019 concluyó que los programas educativos impartidos en hogares y centros de salud en diversos países de ingresos medios-bajos, se asociaron a una disminución significativa de la tasa de mortalidad neonatal. (Lassi et al., 2019) En el año 2022 casi la mitad de los casos de muertes en niños menores de 5 años de edad se produjeron en periodo neonatal, es decir, durante los primeros 28 días de vida y fueron causadas principalmente por complicaciones durante el parto, partos prematuros, infecciones maternas o bien por falta de recursos sanitarios. (*Mortalidad neonatal*, s. f.)

En torno al aproximadamente el 98% de las muertes fetales suceden en países de ingresos bajos o medios, en los cuales la incidencia es 10 veces mayor que en naciones de ingresos altos. Esta disparidad refleja una desigualdad en el acceso a la atención sanitaria de calidad, así como una mayor exposición a los riesgos ambientales, pobreza y baja educación en aquellos países de bajos ingresos. (Bezie et al., 2024) Los casos de muerte perinatal cambian drásticamente al comparar las tasas de los países más pobres con aquellos más desarrollados. En los países de rentas más bajas se tienen datos de hasta 27 muertes por cada 1000 nacimientos, mientras que en los de renta más alta se registran 3 por cada 1000. Aquellos bebés que nacen en países con falta de recursos severa tienen un 50 más de probabilidades de fallecer durante los primeros 28 días de vida en comparación con aquellos nacidos en países desarrollados. Un estudio realizado en una ciudad de Jordania identificó que la mayor parte de las muertes fetales se producen antes del parto, siendo de vital importancia insistir en la identificación temprana de embarazos de alto riesgo y la garantía de las intervenciones prenatales necesarias. (Al-Sheyab et al., 2020)

En Europa se registraron entre 2 y 4 casos por cada 1000 partos en 2017. Mientras tanto en España, la tasa del número de casos se redujo considerablemente desde el año 1975 de 20 casos por cada 1000, a 4'37 casos por cada 1000 en el año 2019. (Fernández-Férez et al., 2021b) Según los datos del Instituto Nacional de Estadística, en el año 2023 se registraron en España 3,95 defunciones por cada 1000 nacimientos, mientras que Cantabria contaba con una tasa de 1,34 por cada 1000 nacimientos. (*Tasa de Mortalidad Perinatal por comunidad autónoma según sexo(1699)*, s. f.) Estas cifras pueden observarse en las figuras 3 y 4, en las cuales están reflejadas gráficamente las tasas de mortalidad perinatal anual nacional y regional respectivamente. En la figura 3 se observa una clara tendencia descendente pasando de una tasa nacional de

aproximadamente 5,47 fallecimientos perinatales por cada 1000 nacidos en el año 2000 a una tasa de 3,95 por cada mil nacidos en el 2023. En la figura 4 donde están reflejados los datos de Cantabria se observa también una tendencia general descendente desde el año 2000. Los datos pasan de 7,32 fallecimientos por cada 1000 nacidos en el año 2000 a 1,32 fallecimientos por cada 1000 en el año 2023. La comunidad de Cantabria cuenta con la tasa nacional de mortalidad perinatal más baja en el 2023. Este descenso refleja la buena atención prenatal y obstétrica que ha ido evolucionando a lo largo de los años.

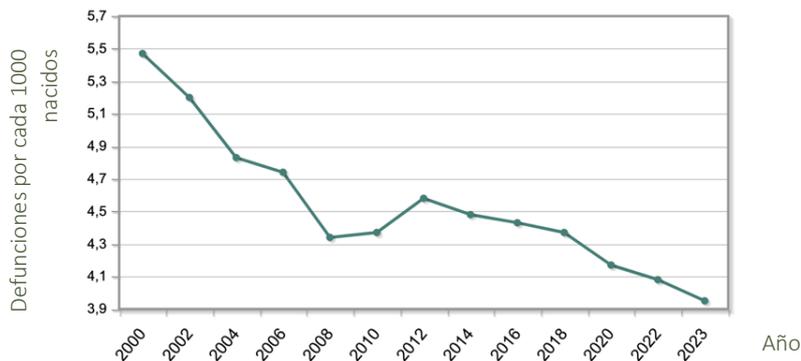


Figura 3. Tasa total de Mortalidad Perinatal en España 2000-2023. Fuente: Modificado del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2024)

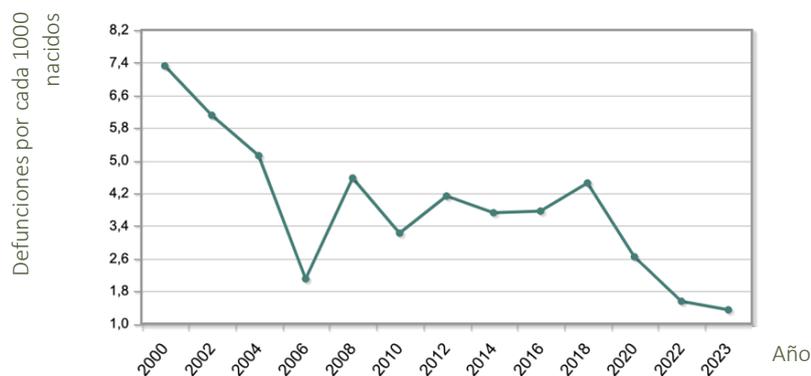


Figura 4. Tasa de Mortalidad Perinatal en Cantabria 2000-2023. Fuente: Modificado del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2024)

Analizar las principales causas de muerte fetal ha sido objeto de estudio de diversas investigaciones que han concluido en la necesidad de implementar prácticas de salud pública de prevención y atención prenatal para abordar los motivos de mortinatos en cada grupo etnográfico. De esta forma se podrían salvar millones de vidas al año. (Bhat et al., 2022) La autopsia fetal es considerada una herramienta fundamental para determinar la causa de muerte perinatal, permitiendo confirmar los diagnósticos clínicos o bien, proporcionar un diagnóstico totalmente diferente al inicial. La patología placentaria es considerada como causa probable del

52% de los casos de muerte fetal en el tercer trimestre de embarazo. (Manjee et al., 2023; Suhren et al., 2024) Además de ella se incluyen complicaciones de las membranas, el cordón umbilical y del trabajo de parto. Se ha llegado a la conclusión de que las malformaciones congénitas y las anomalías cromosómicas son las responsables de 1 de cada 10 muertes perinatales. (Kumsa et al., 2024)

En los países desarrollados se han identificado diversos factores de riesgo asociados a la pérdida fetal entre los cuales se incluyen: la raza negra no hispana, la obesidad, el tabaquismo, el consumo de alcohol, la gestación múltiple, la edad materna avanzada, la hipertensión crónica y los antecedentes obstétricos. A pesar de que algunos de estos factores son modificables, muchos de ellos no lo son. A pesar de realizar la autopsia fetal y los estudios de placenta, membranas y cordón umbilical, en muchas ocasiones es muy difícil definir la causa exacta de la pérdida. (Metz et al., 2020) En un estudio transversal y descriptivo realizado por Jiménez y Pentón en el año 2015 se describieron las principales causas de muerte fetal y neonatal. (Jiménez Puñales & Pentón Cortés, 2015)

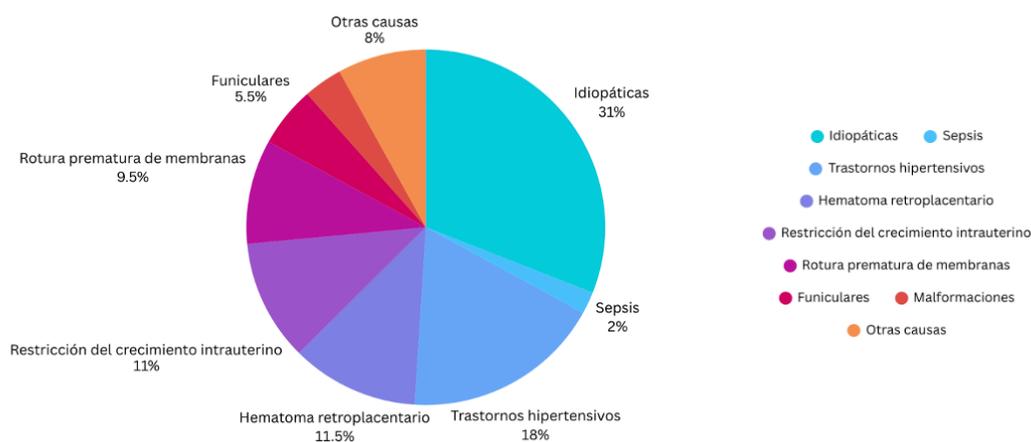


Figura 5: Causas de Muerte fetal. Fuente: adaptado de Jiménez Puñales & Pentón Cortés, 2015

En la figura 5 se representan gráficamente las principales causas de muerte fetal en la que puede observarse que el mayor porcentaje corresponde a la causa idiopática con un 31%, casi un tercio de los casos no se identifica una causa definitiva. A continuación, siguen con un 18% los trastornos hipertensivos que pueden afectar de forma significativa a la función placentaria, los cuales incluyen la hipertensión (HTA) crónica, la HTA gestacional y la HTA crónica + preeclampsia. Por su parte, la restricción del crecimiento intraútero representa el 11% de los casos, definiendo la importancia del correcto desarrollo fetal. La rotura prematura de membranas ocupa un 9,5% del

total y se asocia a posibles infecciones y/o complicaciones. Se incluyen también, aunque en porcentajes menores, las causas foliculares, la sepsis, las malformaciones y otras.

CAUSAS DE MUERTE NEONATAL (0-28 días de vida)

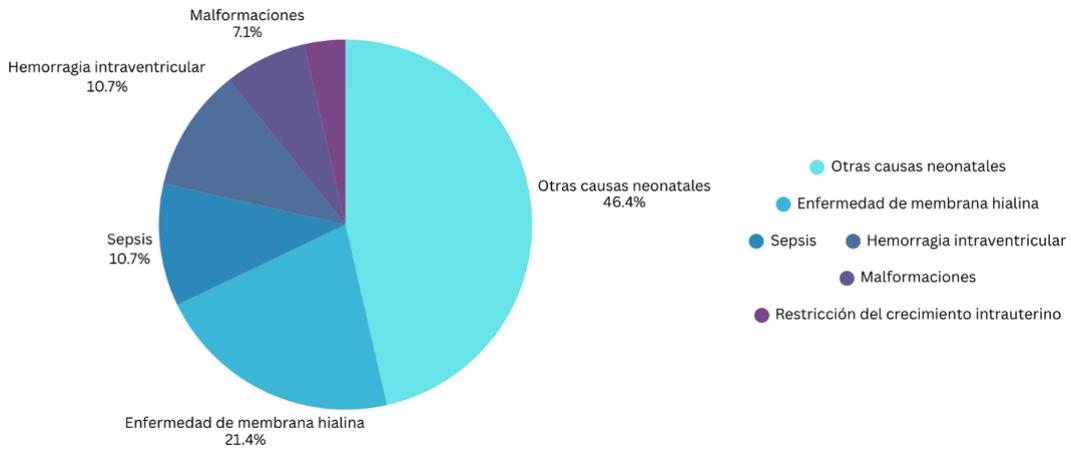


Figura 6: Causas de Muerte Neonatal (0-28 días de vida). Fuente: adaptado de Jiménez Puñales & Pentón Cortés, 2025

En la figura 6 se describen las principales causas de muerte neonatal desde el primer día de vida hasta el 28. En el 21,4% de los casos aparece la enfermedad de membrana hialina, que es una de las enfermedades más prevalentes en los recién nacidos prematuros. La sepsis y la hemorragia intraventricular representan un 10,7% de los casos respectivamente, mientras que las malformaciones constituyen un 7,1% de los casos frente a al 3,7% correspondiente a la restricción del crecimiento intraútero.

1.3. TIPOS DE PÉRDIDA GESTACIONAL

PRIMER TRIMESTRE

Durante las primeras ocho semanas el feto es denominado embrión y a partir de esta semana se denomina feto. El primer trimestre corresponde a la etapa de desarrollo que abarca las 14 primeras semanas de gestación. Se trata de un periodo especialmente vulnerable, ya que se lleva a cabo la formación y diferenciación de los órganos y sistemas del organismo. El embrión es muy sensible a desarrollar alteraciones provocadas por diversos factores como drogas, la exposición a agentes tóxicos, la radiación o el tabaco.

La guía del protocolo de atención al embarazo y el puerperio incluye la recomendación de realizar un cribado prenatal de cromosopatías para evaluar el riesgo de anomalías como la trisomía

del par 21, la trisomía 18 y la trisomía 13. Se trata de la medición de marcadores séricos mediante una prueba no invasiva combinada con el análisis de la translucencia nucal medida en una ecografía que se realiza entre las semanas 11 y 13+6. Ambos estudios, combinados con la edad de la madre, generan un parámetro relacionado con el riesgo fetal de sufrir anomalías genéticas. Diversos estudios concluyen que una medición superior al percentil 95 aumenta el riesgo de anomalías cromosómicas y morfológicas. (Bouariu et al., 2022; Boutot et al., 2022; Kelley et al., 2021)

- **Aborto espontáneo**

El aborto espontáneo se trata de la interrupción del embarazo antes de la semana 20 de gestación, momento en el que el feto no es viable para la vida fuera del útero. La mayoría de estos casos se producen en el primer trimestre. Se estima que cada año ocurren 23 millones de abortos espontáneos a nivel mundial, lo que equivale a 44 pérdidas gestacionales por minuto. (Quenby et al., 2021a)

Aproximadamente entre el 10 y el 20% de los embarazos conocidos terminan en aborto espontáneo, porcentaje que aumentaría si se incluyen los embarazos no diagnosticados. Aproximadamente, el 50% de estas pérdidas gestacionales tempranas se deben a anomalías cromosómicas en el embrión. El porcentaje restante se asocia a la edad materna avanzada, problemas de salud, malos hábitos de la madre, o bien problemas anatómicos. Un estudio publicado en la *Revista Internacional de Salud Materno Fetal* (2020) identificó factores de riesgo para el aborto espontáneo clasificándolos en dos grupos: genéticos, como anomalías cromosómicas y polimorfismos en genes clave; y factores no genéticos, que incluyen infecciones, factores socioeconómicos, ambientales, ocupacionales, así como trastornos endocrinos y trombofílicos. (Quenby et al., 2021b; J. Zhang et al., 2023) Dentro de las infecciones más comunes que causan este tipo de abortos son el Parvovirus B19, el Citomegalovirus, infecciones de transmisión sexual (ITS) y la listeriosis.

El síntoma más común de este tipo de pérdida gestacional es el sangrado vaginal, aunque en algunos casos este síntoma no se presenta. En determinadas situaciones puede ocurrir sin manifestar ningún signo, siendo la ecografía la forma de diagnóstico. (Ates et al., 2025)

Existe además la llamada amenaza de aborto temprana que ocurre antes de la semana 20. Esta se caracteriza por sangrado vaginal y cólicos uterinos, generando en la madre miedo e incertidumbre sobre la viabilidad del embarazo. Debe de manejarse adecuadamente para no desembocar en aborto espontáneo. (Mouri et al., 2024)

○ **Interrupción voluntaria del embarazo (IVE)**

Se estima que alrededor del 25% de los embarazos a nivel mundial finalizan con una interrupción voluntaria. Sin embargo, debido a que muchas de estas interrupciones no se declaran oficialmente, los datos disponibles no son completamente fiables. (Ples et al., 2020)

La introducción de la ecografía ha sido crucial para la mejora de los pronósticos y manejo clínico. Gracias a esta técnica de diagnóstico se ha podido detectar la presencia de anomalías antes del nacimiento, pudiendo optar por una interrupción del embarazo en aquellos casos clínicamente indicados.

En España, la IVE está regulada por la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. En el Artículo 14 de esta ley, se establece que: (Rodríguez Pérez et al., 2013)

- A petición de la mujer se permite la interrupción del embarazo hasta las 14 semanas de gestación. La mujer debe ser informada sobre sus derechos y deben cumplirse 3 días desde que se le ofrece la información hasta que se realice.
- Por causas médicas se acogen varios supuestos:
 1. En gestaciones inferiores a las 22 semanas, podría realizarse si existieran riesgos para la salud de la mujer.
 2. En gestaciones inferiores a las 22 semanas, podría realizarse si se detectara riesgo de anomalías graves en el feto.
 3. Si se detectaran anomalías fetales incompatibles con la vida.
- Tras la semana 22, solo estaría permitida la interrupción del embarazo en anomalías del feto incompatibles con la vida o en enfermedades extremadamente graves. (*BOE-A-2010-3514 Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo., s. f.*)

La capacidad del feto para sobrevivir fuera del útero es denominada viabilidad fetal, la cual es considerada a partir de las 24 semanas de gestación. En situaciones en las que se considere realizar una interrupción por causas médicas por encima de las 22 semanas, debe considerarse la opción de realizar un feticidio. Por su parte, a partir de las 24 semanas es obligatorio realizar el procedimiento antes de la interrupción del embarazo. El feticidio trata de terminar con la vida del feto dentro del útero antes de interrumpir el embarazo, puede realizarse mediante la inyección intraamniótica de digoxina para embarazos menos avanzados (22-24 semanas de gestación), o bien mediante inyección de cloruro potásico por medio de cordocentesis o cardiocentesis (opción

de elección en gestaciones por encima de las 25 semanas). El procedimiento es realizado para evitar el nacimiento del feto con signos vitales, evitando de esta forma su sufrimiento. (Rodríguez Pérez et al., 2013)

Un estudio realizado en Estados Unidos en 2019 por los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC sus siglas en inglés) concluyó que solamente el 7% de los abortos se realizaban tras las primeras trece semanas de embarazo. (Swantic et al., 2023) La mayor parte de los casos de interrupción voluntaria del embarazo se produce por decisión materna ante embarazos no deseados. En estos casos, la interrupción está permitida según la legislación de cada país en un momento concreto del embarazo que suele llegar como máximo hasta el inicio del segundo trimestre. Es debido a estas condiciones legales que el 93% de los abortos son realizados durante el primer trimestre.

En un estudio realizado en España en el año 2018 se observó que las mujeres de entre 20 y 24 años presentaron las tasas de IVE más elevadas, y entre las razones que influían a la hora de decidir la interrupción destacaban los factores sociales, demográficos y contextuales. (Senso et al., 2022) La legalización de la IVE en España ha supuesto un gran impacto en la salud pública, reduciendo de esta manera los abortos clandestinos y las complicaciones secundarias a estos. (Bridwell et al., 2022)

SEGUNDO TRIMESTRE

Corresponde a la etapa de desarrollo que abarca desde la semana 14 hasta la semana 28 de gestación. Se trata de un periodo crítico de desarrollo en el que se producirán cambios en el feto que influirán en su supervivencia e incrementará el vínculo materno-fetal. (Ates et al., 2025)

En la comunidad de Cantabria, en las semanas 12-36 las visitas prenatales se realizan cada 4-6 semanas. Durante estas, se hace un seguimiento y diversas exploraciones incluyendo ecografías esenciales, las cuales tienen ciertas limitaciones de diagnóstico y no siempre identifican todas las complicaciones. (Simioni & Araujo, 2023) Se realiza además un cribado de cromosopatías propias de este periodo, basado en la identificación de varios marcadores bioquímicos.

La ecografía del segundo trimestre se realiza entre las semanas 18 y 22. Con ella se pretende confirmar la vitalidad fetal comprobando el latido cardiaco además de detectar los posibles defectos congénitos. Esto se consigue al evaluar la anatomía del feto, pudiendo identificar alrededor del 75% de las malformaciones visibles con ecógrafo. Es considerada como la ecografía más importante para el diagnóstico de las diferentes anomalías fetales.

El 80% de los abortos ocurren en el primer trimestre, el riesgo de aborto tras las primeras doce semanas disminuye progresivamente. En 2023 un estudio determinó que puede ser difícil determinar la causa de los abortos producidos en el segundo trimestre de embarazo, pero los resultados de los embarazos posteriores generalmente son favorables. (Cullen et al., 2023) El estudio de Patel et al. (2024) concluyó que la evidencia de que las mujeres que han sufrido un aborto en este trimestre del embarazo presentarán un mayor riesgo de complicaciones en embarazos futuros es limitada. (Le Vance et al., 2025; Patel et al., 2024)

Durante este periodo del embarazo puede aparecer la llamada restricción del crecimiento fetal. Esta puede producirse debido a diversos factores patológicos, siendo la patología placentaria la causa más frecuente. En esta afectación del desarrollo fetal es fundamental la detección temprana para un correcto abordaje ya que puede desembocar en complicaciones graves como la hipoxia, el parto prematuro o la muerte intrauterina. (Lesser et al., 2022; Melamed et al., 2021)

- **Aborto diferido**

Se trata de aquella pérdida gestacional en la que el feto fallece dentro del útero, pero permanece en el mismo sin ser expulsado de forma espontánea. De esta forma, podría producirse sin la aparición inmediata de ningún signo o síntoma siendo diagnosticado con una ecografía; o bien por signos de infección días después de haberse producido. Un estudio realizado por Emmer, Ajne y Papadogiannakis (2024) analizó 794 casos de este tipo de abortos llegando a la conclusión de que las anomalías placentarias y la limitación del crecimiento fetal se relacionaban con este tipo de pérdida en el segundo trimestre. Se identificó, además, que aproximadamente el 40% de los casos estudiados presentaban patología del cordón umbilical. (Emmer et al., 2024; Huang et al., 2025)

- **Aborto incompleto**

Este tipo de pérdida se caracteriza por la expulsión parcial de tejido gestacional antes de la semana 20. Suele presentarse junto con sangrado vaginal de intensidad variable además de dolor pélvico. (Testani et al., 2025) Para este tipo de pérdida, un estudio realizado en el 2023 realizó un seguimiento a mujeres que habían sufrido un aborto incompleto para identificar las diferencias entre los tratamientos a elección: tratamiento farmacológico con misoprostol o bien la intervención quirúrgica. Refirieron que el tratamiento quirúrgico es una forma más rápida que no precisa de intervenciones adicionales de forma general, mientras que el tratamiento médico, a pesar de presentar una tasa levemente más elevada de estas intervenciones, implica una menor invasión y un menor riesgo para la mujer. Se concluyó que el 95% de las pacientes con estabilidad hemodinámica tratadas con misoprostol obtuvieron el efecto terapéutico deseado. (Sharvit et al., 2023)

TERCER TRIMESTRE

El tercer trimestre de gestación abarca desde las 28 semanas hasta el final del embarazo, el parto. Durante esta etapa existe cierta controversia en la realización de ecografías rutinarias debido a la falta de evidencia clara de que su uso ofrezca una mejora en los resultados perinatales. Hay estudios que consideran que podrían mejorarse las tasas de detección de la restricción del crecimiento uterino, pero con falta de evidencia directa. A su vez, se recalca el riesgo fetal por la exposición repetida a la ecografía. (Caradeux et al., 2024; Ficara et al., 2020; López Soto et al., 2021)

Debido al descubrimiento del cociente lecitina/esfingomielina (L/S) utilizado para valorar la madurez pulmonar del feto, se ha podido estudiar el momento idóneo para la realización de una interrupción del embarazo en caso de riesgo. Esta etapa del embarazo es crucial para el desarrollo completo del bebé, a partir de la semana 37 los pulmones del feto están completamente maduros. Se considera un embarazo a término desde esta semana hasta la 41. (*Lecithin Sphingomyelin Ratio - PubMed*, s. f.; Schmiedl & Mühlfeld, 2025)

Durante este trimestre, es recomendable que las mujeres gestantes estén informadas de la importancia de la presencia de movimientos fetales. En el caso de notar una disminución de estos, se requeriría una valoración médica inmediata ya que podría tratarse de un signo de compromiso fetal. (Pascual & Langaker, 2023) A pesar de ello, los movimientos que se incrementan en esta etapa no son siempre tranquilizadores, un 10-30% de las mujeres refieren un episodio de movimientos fetales excesivos antes del fallecimiento del bebé. (Whitehead et al., 2020)

1.4. MARCO LEGAL

El marco legal sobre la interrupción del embarazo varía entre los diferentes países del mundo reflejando así las diversas culturas y legislaciones. En la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo en El Cairo (1994) casi 180 gobiernos pactaron un compromiso sobre la prevención de los abortos inseguros identificándolos como un problema de salud pública a nivel mundial. (Brown & Hardee, 2024; Skuster et al., 2022)

El reconocimiento legal de los diferentes tipos de pérdidas gestacionales ha ido evolucionando a lo largo de los años en España. Desde el 8 de agosto de 2023 entró en vigor la instrucción de 21 de julio de 2023 de la Ley 20/2011 permitiendo inscribir en el “Archivo de nacidos sin vida” a los bebés fallecidos tras los seis meses de gestación.

“Instrucción de 31 de julio de 2023, de la Dirección General de Seguridad Jurídica y Fe Pública, sobre la disposición adicional cuarta de la Ley 20/2011, de 21 de julio, del Registro Civil. La Ley 20/2011, de 21 de julio, del Registro Civil (BOE de 22 de julio) establece, en su disposición adicional cuarta, la obligatoriedad de que figure en un archivo del Registro Civil, sin efectos jurídicos, el fallecimiento ocurrido con posterioridad a los seis primeros meses de gestación y antes del nacimiento, pudiendo los progenitores otorgar un nombre. Esta disposición adicional cuarta dispone que este archivo quedará sometido al régimen de publicidad restringida.” (BOE.es - Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado, s. f.)

Este hecho representa un avance importante en el acompañamiento del duelo de los padres. El hecho de poder ponerle nombre al bebé brinda a los progenitores una validación social de que ese hijo existió y formó parte de un núcleo familiar. Supone un factor muy importante en el proceso de duelo ya que corrobora la experiencia de los padres al ofrecer por primera vez un apoyo por parte del marco institucional. Se trata de un hecho que brinda humanidad a uno de los momentos más duros que puede vivir una familia.

El artículo 8.4 del *“Real Decreto 295/2009, de 6 de marzo, por el que se establecen las prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social en situaciones de maternidad, paternidad, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural”* regula el derecho a la baja por maternidad tras una pérdida gestacional. Este establece que, si se produce el fallecimiento del bebé tras los primeros 180 días de gestación, la baja para la madre será obligatoria al menos las 6 primeras semanas. Esta podría durar hasta 16 semanas sin verse reducida la prestación económica.

Con respecto a la baja de paternidad, el artículo 26,7 del citado Real Decreto 295/2009 establece que el permiso de baja por paternidad está condicionado por el momento del parto. Si el bebé fallece antes del inicio del permiso de la baja, este no será subsidiario de la misma. En el caso de que el hijo falleciera tras el nacimiento, tendrá derecho a las 16 semanas de permiso. *(BOE-A-2009-4724 Real Decreto 295/2009, de 6 de marzo, por el que se regulan las prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social por maternidad, paternidad, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural., s. f.)*

CAPÍTULO 2: DUELO PERINATAL

El duelo perinatal se refiere a la experiencia emocional que atraviesan los progenitores y las familias tras la pérdida de un hijo durante el embarazo o bien, al poco tiempo del nacimiento. Existen diversas guías españolas de colaboraciones que ofrecen apoyo e información sobre la muerte perinatal: Umamanita, Asociación Ania, Red El Hueco de mi Vientre.

2.1. DEFINICIÓN DE DUELO PERINATAL

El duelo es una respuesta natural ante la pérdida de un ser querido. En el caso del duelo perinatal se contextualiza ante la pérdida de un bebé. Es importante destacar que el periodo perinatal abarca desde la semana 22 de gestación hasta los 28 días del recién nacido. A pesar de ello, el duelo perinatal abarca la pérdida durante cualquier etapa del embarazo, incluyendo la interrupción del mismo por cualquier motivo. Esta pérdida puede provocar emociones complejas asociadas a expectativas o desencadenar una serie de dilemas éticos y morales en la propia mujer y su entorno.

2.2. CARACTERÍSTICAS

El vínculo materno-fetal comienza mucho antes del nacimiento del bebé. Diversas investigaciones destacan el apoyo familiar y la adaptación al embarazo como factores que influyen positivamente en el desarrollo del vínculo. A medida que progresa la gestación, el apego se intensifica influido por varios factores como el comienzo de la percepción de movimientos fetales, el poder ver y escuchar al bebé en las ecografías y la creación de expectativas de futuro. (Gioia et al., 2023; Koire et al., 2021)

Numerosos estudios demuestran además la importancia del rol paterno en el vínculo que desarrollan las mujeres durante sus embarazos. Se ha evidenciado que la presencia y el apoyo del padre del bebé incrementa el afecto y preocupación por el feto. (da Rosa et al., 2021)

2.3. REPERCUSIONES PSICOLÓGICAS

Diversos estudios reflejan que, principalmente las mujeres que experimentan una pérdida gestacional, presentan un riesgo significativamente mayor de padecer depresión, ansiedad y otros tipos de trastornos mentales en comparación con la población general. (Herbert et al., 2022)

En un estudio publicado en el año 2020 se analizó el impacto que podía tener la muerte perinatal en el contexto social y familiar de los progenitores. Se entrevistaron 21 participantes que habían sufrido una muerte perinatal en los 5 años anteriores, y se demostró que este hecho afecta de forma significativa a la dinámica familiar. Además del impacto profundo sobre los progenitores, algunas dinámicas familiares son susceptibles de cambiar. En el caso de los padres, la tendencia

general es la de sentirse poco apoyados debido a su rol social de “protector de familia” que le suele llevar a ocultar su dolor. Por su parte, los hermanos pueden no ser conscientes de lo sucedido al no recibir explicaciones claras y pueden ser sobreprotegidos o, por el contrario, descuidados. La relación de la pareja también es susceptible de cambio, pudiendo verse fortalecida por la unión entre ambos al apoyarse en el proceso de duelo juntos o bien podría deteriorarse por problemas o dificultades que puedan surgir en la pareja. Otro gran problema del que se habla es de la invalidación social del duelo, que puede generar aislamiento y problemas en el ámbito laboral. (Fernández-Sola et al., 2020b)

La pérdida gestacional involuntaria es considerada una experiencia especialmente compleja. Durante el proceso de duelo tras la pérdida de un ser querido pueden aparecer síntomas a nivel emocional, fisiológico, cognitivo y conductual. La duración de estos síntomas varía en función de cada persona hasta que se llega a la aceptación tanto de la muerte como de sus consecuencias. Sin embargo, existen casos en los que éstos se mantienen en el tiempo llegando incluso a interferir en la vida cotidiana de la persona, lo que podría indicar lo que se conoce como “duelo complicado”. En el año del estudio (2021) la prevalencia en la población adulta del duelo complicado general en España fue de un 21,53%. Independientemente del origen del duelo, entre los factores de riesgo de padecer este tipo de duelo se encuentran: tener dificultades económicas, la pérdida de un hijo o cónyuge, antecedentes psicopatológicos, etc.

En la figura 7 se exponen los principales factores de riesgo identificados. Se ha demostrado que las estrategias de afrontamiento enfocadas en el problema y el apoyo social son factores protectores. (Parro-Jiménez et al., 2021)

Factores de riesgo previos a la pérdida	Factores relacionados con la pérdida
Sexo femenino	Roles de relación y cuidado: madres de hijos
Trauma preexistente (trauma infantil)	dependientes, cuidadores de enfermos
Pérdida anterior	crónicos
Apego inseguro	Naturaleza del fallecimiento: violento,
Trastornos del estado del ánimo y ansiedad	repentino, prolongado, por suicidio
preexistentes	Recursos disponibles tras el fallecimiento
	Escasa comprensión de lo sucedido, falta de
	información sobre el fallecimiento
	Escaso apoyo social

Figura 7: Factores de riesgo duelo complicado. Fuente: Naomi M Simon, National Institute for Mental Health (Simon, 2013)

En el año 2015 el Gobierno de Extremadura con el trabajo de los autores Santos-Redondo, Yáñez-Otero y Al-Abid Mendiri publicó una guía para orientar a los profesionales que fueran a atender a personas que sufran un proceso de duelo tras una pérdida en la maternidad. (Santos-Redondo et al., 2015) En esta guía explican que los progenitores sienten el deber de proteger y cuidar al hijo que esperan, por lo que cuando se produce la pérdida sienten un profundo fracaso y tristeza. Existen varios factores que condicionan la evolución del duelo, entre los cuales se encuentran:

- Factores psicológicos: como la personalidad, la salud mental, la inteligencia, la capacidad de afrontamiento, la capacidad de establecer vínculos afectivos.
- La relación con el bebé: deseos de ser madre o padre, expectativas en el rol de progenitor.
- Factores personales: experiencias pasadas de duelo, pérdidas secundarias, otros estresores en ese momento vital.
- Factores de la muerte: circunstancias particulares, si se trata de una muerte súbita o esperada, la existencia de duelo anticipado o no.
- Factores sociales: el apoyo social, existencia de pareja y calidad de la relación, estatus económico y de educación, rituales funerarios.
- Factores fisiológicos: salud física, consumo de tóxicos como drogas o sedantes, nutrición, ejercicio, sueño y descanso.

En este trabajo se habla del proceso de duelo perinatal como un continuo en el cual la mayoría de los autores señalan la negación como proceso inicial ante la noticia de pérdida. La primera impresión comienza con un estado de “shock” que evoluciona a un proceso de duelo agudo en el cual pueden aparecer sentimientos de ira, rabia, culpa, ansiedad, tensión, irritabilidad, o síntomas depresivos como anhedonia, aislamiento social, apatía, problemas de sueño, etc. Una vez superada esta etapa en la que las emociones están a flor de piel, comienza el proceso de aceptación en el que va disminuyendo el dolor y se vuelve poco a poco a la vida cotidiana. Para detectar posibles dificultades en el proceso de duelo perinatal es necesario que los profesionales apliquen los recursos disponibles como la “Escala de Duelo Perinatal” mostrada en el Anexo I. Esta permite identificar de forma temprana un duelo complicado que incluya síntomas como la evitación o la desesperanza, e implementar las intervenciones necesarias en cada caso, acentuando la importancia del acompañamiento emocional como parte del servicio de salud.

CAPÍTULO 3. INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL DUELO PERINATAL

Hasta el 60% de los padres afectados por una pérdida perinatal presentarán síntomas de duelo, ansiedad, depresión y estrés postraumático. (Xie et al., 2024) Por lo tanto, es fundamental que todo el equipo sanitario actúe en la misma dirección y desde un enfoque multidisciplinar respetando las competencias de cada profesional. Muchas mujeres exponen que el peor momento que sufren es cuando se les comunica la pérdida de su hijo. En ese momento el papel de la enfermera, la matrona en el paritorio, es indispensable al ser quien mantiene un contacto directo y continuo con las pacientes. Una revisión realizada en el 2020 concluyó que el proceso de duelo perinatal requiere de formación específica por parte de los profesionales de enfermería para ofrecer un cuidado efectivo y de calidad. Independientemente de la edad gestacional en la que se produzca la pérdida, se trata de una experiencia realmente trágica para los padres al perder a un hijo con el que ya habían establecido un vínculo y no llegaron a conocer. (Valenzuela et al., 2020)

En la muerte gestacional tardía, la vía vaginal debe de ser de elección. Existen mujeres que en un principio se encuentran negadas a un parto vaginal tras la noticia de pérdida, especialmente si son nulíparas. En este caso, es necesario informarles y exponerles las ventajas del parto vaginal frente a la cesárea. Esto no solo tiene ventajas a nivel físico en la recuperación, sino que además influye en los posibles futuros embarazos, la evidencia demuestra que el riesgo de muerte perinatal aumenta con cesáreas anteriores. Además, dar a luz a su hijo sin vida influye de forma positiva en la superación del duelo debido a que posteriormente se sienten realizadas con su rol como madre. (Santos-Redondo et al., 2015)

La Asociación Americana de Psicología (American Psychological Association, APA) determina que la literatura sobre la participación de los profesionales de la salud en la atención al duelo perinatal es escasa, expone intervenciones esenciales tras la pérdida de un hijo: (American Psychiatric Association & CDC Foundation (2023)

- Validar las emociones y experiencias mediante la empatía, el apoyo y la normalización de sus estados de ánimo.
- Apoyar a los padres durante el proceso de duelo ayudándoles a encontrar la superación a través de la identificación de formas de expresar su dolor ya sea verbal y/o por escrito.
- Incluir a la pareja en los servicios ofrecidos para la pérdida del embarazo, si corresponde.
- Realizar educación sobre el duelo y los diferentes tipos, así como sus posibles complicaciones.
- Animar a los padres a participar en actividades conmemorativas si así lo desean.

- Ofrecer recursos de apoyo como grupos de apoyo o recursos específicos para la pérdida del embarazo.

La North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) es una organización profesional que establece un lenguaje de diagnóstico enfermero estandarizado que guía la atención de enfermería a nivel global. Ésta establece a su vez unos resultados NOC (Nursing Outcomes Classification) que hacen referencia a los resultados evaluables esperados que reflejan el estado del paciente tras la aplicación de las intervenciones enfermeras, NIC (Nursing Interventions Classification). Éstas son las actividades que puede realizar el profesional de enfermería para obtener esos resultados establecidos en base a los diagnósticos. (NNNConsult, s. f.) Mediante la valoración enfermera basada en la recogida y análisis de datos sobre el estado integral del paciente, la NANDA establece una serie de diagnósticos de enfermería específicos relacionados con el proceso de duelo:

El diagnóstico enfermero NANDA [00301] llamado “Duelo desadaptativo” es definido como *“Respuesta tras la muerte de una persona significativa, en la que la experiencia del sufrimiento que acompaña al luto no sigue las expectativas socioculturales”*. Para su diagnóstico es necesario que el/la paciente cumpla algunas de las correspondientes características definitorias: ira, ansiedad, disminución del desempeño del rol de vida, síntomas depresivos, disminución de los niveles de intimidad, incredulidad, pesar en relación con la persona fallecida, estrés excesivo, fatiga, sentimiento de vacío, evitación del duelo, no aceptación de una muerte, autculpabilización, etc. Las intervenciones de este diagnóstico irán encaminadas a conseguir los resultados específicos.

El diagnóstico NANDA [00302] llamado “Riesgo de duelo desadaptativo” es definido como *“Susceptible de respuesta tras la muerte de una persona significativa, en la que la experiencia del sufrimiento que acompaña al luto no sigue las expectativas socioculturales.”* Los factores de riesgo de este diagnóstico son: dificultad para tratar con crisis recurrentes, alteración emocional excesiva, ansiedad de la vinculación elevada no tratada, apoyo social inadecuado, personas en desventaja económica, personas con antecedentes de duelo no resuelto, etc. Se trata de un diagnóstico de riesgo, por lo que se basa en el juicio clínico de la enfermera que parte del conocimiento científico, así como del análisis de la valoración de la paciente y de los factores de riesgo para identificar su vulnerabilidad de padecer dicho diagnóstico. Por lo tanto, en este caso las intervenciones irán encaminadas a la prevención y al seguimiento.

El diagnóstico NANDA [00285] “Disposición para mejorar el duelo” es definido como *“Patrón de respuestas a la muerte de una persona significativa, que puede reforzarse.”* Para su diagnóstico

es necesario que el/la paciente cumpla algunas de las correspondientes características definitorias: deseo de participar en actividades anteriores, deseo de mejorar el afrontamiento del dolor, deseo de mejorar la esperanza, deseo de mejorar el crecimiento personal, deseo de integrar los sentimientos de culpa, ira y desesperación, deseo de integrar la pérdida, deseo de integrar las posibilidades de una vida satisfactoria. En este caso, se trata de un diagnóstico de disposición para mejorar la salud, por lo tanto, el/la paciente estaría expresando deseo de mejorar su proceso de duelo. Las intervenciones enfermeras irán enfocadas a promover la salud y bienestar de la persona como el autocuidado, manejo del entorno, planificación, etc.

Como resultados específicos relacionados el duelo perinatal se encuentra el NOC [1304] “Resolución de la aflicción” definido como “*Acciones personales para ajustar pensamientos, sentimientos y conductas a la pérdida real o inminente.*” Para conseguir éste, se establece el NIC [5294] “Facilitación de la superación de la aflicción: muerte perinatal” y las siguientes actividades:

- Apoyar a los padres y a la familia con cualquier vínculo que pueda o no tener con el embarazo y el feto, respetando siempre sus decisiones y preferencias mostrando empatía y comprensión.
- Utilizar un lenguaje verbal y no verbal en el que se eviten las barreras emocionales y físicas. Es importante ofrecer contacto visual, así como contacto físico ofreciendo la mano o incluso un abrazo. La enfermera deberá estar dispuesta a escuchar y a acompañar a los padres durante todo el proceso.
- Debe favorecerse un espacio privado en el que se respete la intimidad y privacidad de las pacientes. Es importante limitar el acceso a las personas que la madre desee, así como el número presente de profesionales en la habitación.
- Discutir con los padres si la pérdida es inminente o probable y ofrecerles información clara sobre lo que sucede o puede suceder sin utilizar palabras que puedan restar importancia al hecho que se acaba de producir. En ese momento es crucial acompañar y ofrecer apoyo psicológico a los afectados para que puedan expresar cómo se sienten y resolver todas sus posibles dudas. Comentar que se trata de un proceso largo y expresar sus sentimientos les puede ayudar de forma considerable.
- Ayudar a los padres a coger al lactante durante su muerte, según corresponda. Asimismo, es importante ofrecer y animar a los padres a ver y coger a su hijo cuanto quieran para que puedan despedirse de él de forma tranquila y calmada. En este caso, es importante prepararle para que sea visto aseándolo y arropándolo.
- No referirse al recién nacido como “feto”, es mejor usar el nombre que los padres habían escogido.

- Describir los recuerdos que se pueden obtener como las huellas de los pies y de las manos, fotos, el gorro, las mantas con las que se le ha envuelto, etc. Se trata de una decisión que deberán tomar los padres, en caso de que lo deseen será la enfermera quien elaborará los recuerdos y se los presentará a la familia.
- Comentar las decisiones que deberán tomar acerca de la autopsia, consejo genético y participación familiar. Comentar los planes de entierro, funeral o ritos religiosos según corresponda.
- Comentar las características de un duelo normal y de uno patológico, así como también es importante destacar las posibles diferencias en el proceso de duelo de los miembros de la pareja. Colaborar y comunicar sus sentimientos y emociones es clave para evitar conflictos o malentendidos.
- Explicar la importancia del duelo en los niños si la pareja tiene otros hijos. En ese caso es importante que un ser querido le transmita de forma clara la causa del fallecimiento y que el bebé no va a volver, así como el dolor que esto produce en la familia.
- Invitar a realizar homenajes de recuerdo en la fecha del nacimiento o en otros momentos adaptados a la cultura o creencias de los progenitores. También se les recomienda escribir una carta o plantar un árbol para expresarse o tener un recuerdo presente.
- Ofrecer un certificado de nacimiento conmemorativo si la ley estatal no requiere uno a la edad gestacional del parto
- Proponer acompañamiento a los padres pasados los primeros días o semanas, por ejemplo, en fechas especiales como el aniversario de nacimiento o en festividades como la Navidad. Realizar una llamada telefónica o incluso realizar una consulta si corresponde.

CONCLUSIONES

El presente Trabajo de Fin de Grado ha tenido como objetivo principal hacer una revisión bibliográfica para analizar el fenómeno de muerte fetal y el acompañamiento enfermero durante el duelo.

La muerte fetal cuenta con una incidencia que varía de forma significativa según los factores geográficos, sanitarios y sociales. En los países en vías de desarrollo, la falta de recursos sanitarios y sociales agrava las cifras a nivel global. Mientras tanto, en países como España, los factores sociales como el aumento de la edad materna y el incremento de las cifras de IVE inciden en la tasa de pérdidas fetales.

El proceso de duelo secundario a la pérdida es una experiencia profundamente dolorosa que afecta de forma significativa a las madres y sus familias. En este contexto, el papel de las enfermeras es fundamental, además de su ámbito clínico, su rol de acompañamiento y cuidados. Son estas profesionales las que mantienen un contacto directo y continuo con las familias afectadas, por lo que deben estar preparadas con técnicas de comunicación y apoyo emocional para acompañar a la mujer y su entorno en este duro proceso. Se destaca la importancia de una formación específica del personal de obstetricia para ofrecer una atención integral y cubrir las necesidades correspondientes a cada caso. Es por ello esencial establecer unos protocolos estandarizados para que todas las pacientes tengan acceso a las mismas oportunidades de cuidados.

En definitiva, las enfermeras tienen un rol esencial en el duelo perinatal y es por ello que requieren de una formación más exhaustiva y específica sobre los conocimientos y recursos que pueden utilizar en sus intervenciones. Los futuros estudios deberían considerar más en profundidad el papel de los profesionales en el duelo perinatal para promover así un correcto abordaje minimizando el impacto emocional y físico de esta experiencia.

BIBLIOGRAFÍA

- Agwu Kalu, F., Coughlan, B., & Larkin, P. (2018). A mixed methods sequential explanatory study of the psychosocial factors that impact on midwives' confidence to provide bereavement support to parents who have experienced a perinatal loss. *Midwifery*, *64*, 69-76.
- Almeida, F. de A., de Moraes, M. S., Cunha, M. L. da R., & Balduino, A. S. (2016). Taking care of the newborn dying and their families: Nurses' experiences of neonatal intensive care. *Revista da Escola de Enfermagem*, *50*(Specialissue), 118-124.
- Al-Sheyab, N. A., Khader, Y. S., Shattnawi, K. K., Alyahya, M. S., & Batieha, A. (2020). Rate, Risk Factors, and Causes of Neonatal Deaths in Jordan: Analysis of Data From Jordan Stillbirth and Neonatal Surveillance System (JSANDS). *Frontiers in public health*, *8*, 595379.
- American Psychiatric Association & CDC Foundation (2023). *Perinatal mental and substance use disorders*.
- Ates, S., Aydın, S., & Özcan, P. (2025). Miscarriage (Archived). *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *42*(7), 3080-3085.
- Bezie, M. M., Asebe, H. A., Asnake, A. A., Fente, B. M., Negussie, Y. M., Asmare, Z. A., Melkam, M., & Seifu, B. L. (2024). Factors associated with perinatal mortality in sub-Saharan Africa: A multilevel analysis. *PLoS ONE*, *19*(11).
- Bhat, S., Birdus, N., & Bhat, S. M. (2022). Ethnic variation in causes of stillbirth in high-income countries: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, *158*(2), 270-277.
- BOE-A-2009-4724 Real Decreto 295/2009, de 6 de marzo, por el que se regulan las prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social por maternidad, paternidad, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural. (s. f.).
- BOE-A-2010-3514 Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. (s. f.).
- BOE.es - Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. (s. f.).
- Bouariu, A., Panaitescu, A. M., & Nicolaidis, K. H. (2022). First Trimester Prediction of Adverse Pregnancy Outcomes—Identifying Pregnancies at Risk from as Early as 11–13 Weeks. *Medicina (Lithuania)*, *58*(3).
- Boutot, M., Yardin, C., Martin, R., Bourthoumieu, S., Aubard, V., Martin, S., Aubard, Y., & Mazeau, P. C. (2022). Follow-up of increased nuchal translucency: Results of a study of 398 cases. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*, *51*(10).
- Bridwell, R. E., Long, B., Montrieff, T., & Gottlieb, M. (2022). Post-abortion Complications: A Narrative Review for Emergency Clinicians. *Western Journal of Emergency Medicine*, *23*(6), 919-925.
- Bromley, B., & Platt, L. D. (2024). First-Trimester Ultrasound Screening in Routine Obstetric Practice. *Obstetrics and Gynecology*, *143*(6), 730-744.

- Brown, W., & Hardee, K. (2024). Can the International Conference on Population and Development Programme of Action and Cairo Consensus Normalize the Discourse on Population? *Global Health: Science and Practice*, 12(5), e2400121.
- Burden, C., Bradley, S., Storey, C., Ellis, A., Heazell, A. E. P., Downe, S., Cacciatore, J., & Siassakos, D. (2016). From grief, guilt pain and stigma to hope and pride – a systematic review and meta-analysis of mixed-method research of the psychosocial impact of stillbirth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(1), 9.
- Caradeux, J., Martínez-Portilla, R. J., Martínez-Egea, J., Ávila, F., & Figueras, F. (2024). Routine third-trimester ultrasound assessment for intrauterine growth restriction. *American Journal of Obstetrics and Gynecology MFM*, 6(5).
- Caro-Costa, R., Alcaide-Leyva, J. M., García-Luque, L., Alcaraz-Clariana, S., Guzmán-García, J. M., & Jiménez-Mérida, M. del R. (2025a). Healing Through Humanized Care: Lessons from a Patient-Centered Perinatal Loss Protocol. *Healthcare (Switzerland)*, 13(3).
- Caro-Costa, R., Alcaide-Leyva, J. M., García-Luque, L., Alcaraz-Clariana, S., Guzmán-García, J. M., & Jiménez-Mérida, M. del R. (2025b). Healing Through Humanized Care: Lessons from a Patient-Centered Perinatal Loss Protocol. *Healthcare (Switzerland)*, 13(3), 242.
- Cullen, S., Sobczyk, K., Elebert, R., Tarleton, D., Casey, B., Doyle, S., Crosby, D., & Allen, C. (2023). Second-trimester miscarriage: a review of postnatal investigations and subsequent pregnancy outcomes. *Irish Journal of Medical Science*, 192(4), 1757-1760.
- da Rosa, K. M., Scholl, C. C., Ferreira, L. A., Trettim, J. P., da Cunha, G. K., Rubin, B. B., Martins, R. da L., Motta, J. V. dos S., Fogaça, T. B., Ghisleni, G., Pinheiro, K. A. T., Pinheiro, R. T., Quevedo, L. de A., & de Matos, M. B. (2021). Maternal-fetal attachment and perceived parental bonds of pregnant women. *Early Human Development*, 154.
- Emmer, R., Ajne, G., & Papadogiannakis, N. (2024). Missed abortion in the 11–21-week period: Fetal autopsy and placental histopathological analysis of 794 cases. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 296, 158-162.
- Fernández-Férez, A., Ventura-Miranda, M. I., Camacho-Ávila, M., Fernández-Caballero, A., Granero-Molina, J., Fernández-Medina, I. M., & Requena-Mullor, M. D. M. (2021a). Nursing Interventions to Facilitate the Grieving Process after Perinatal Death: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(11), 5587.
- Fernández-Férez, A., Ventura-Miranda, M. I., Camacho-Ávila, M., Fernández-Caballero, A., Granero-Molina, J., Fernández-Medina, I. M., & Requena-Mullor, M. D. M. (2021b). Nursing Interventions to Facilitate the Grieving Process after Perinatal Death: A Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*, 18(11).
- Fernández-Sola, C., Camacho-ávila, M., Hernández-Padilla, J. M., Fernández-Medina, I. M., Jiménez-López, F. R., Hernández-Sánchez, E., Conesa-Ferrer, M. B., & Granero-Molina, J. (2020a). Impact of perinatal death on the social and family context of the parents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(10).

- Fernández-Sola, C., Camacho-ávila, M., Hernández-Padilla, J. M., Fernández-Medina, I. M., Jiménez-López, F. R., Hernández-Sánchez, E., Conesa-Ferrer, M. B., & Granero-Molina, J. (2020b). Impact of perinatal death on the social and family context of the parents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(10).
- Ficara, A., Syngelaki, A., Hammami, A., Akolekar, R., & Nicolaides, K. H. (2020). Value of routine ultrasound examination at 35–37 weeks' gestation in diagnosis of fetal abnormalities. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, *55*(1), 75-80.
- Frick, A. P. (2021). Advanced maternal age and adverse pregnancy outcomes. *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology*, *70*, 92-100.
- Gioia, M. C., Cerasa, A., Muggeo, V. M. R., Tonin, P., Cajiao, J., Aloï, A., Martino, I., Tenuta, F., Costabile, A., & Craig, F. (2023). The relationship between maternal-fetus attachment and perceived parental bonds in pregnant women: Considering a possible mediating role of psychological distress. *Frontiers in Psychology*, *13*.
- Gold, K. J., Leon, I., Boggs, M. E., & Sen, A. (2016). Depression and Posttraumatic Stress Symptoms After Perinatal Loss in a Population-Based Sample. *Journal of Women's Health*, *25*(3), 263.
- He, X., Wang, Y., Yang, C., Cao, H., Wang, Q., & Yang, H. (2024). Professional Bereavement in Nursing: An Evolutionary Concept Analysis. *Journal of Advanced Nursing*, *81*(4).
- Herbert, D., Young, K., Pietrusińska, M., & MacBeth, A. (2022). The mental health impact of perinatal loss: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, *297*, 118-129.
- Huang, L., Wang, J., Yan, L., Wang, J., & Xiong, X. (2025). Exploring the predictive value of complete blood count inflammatory parameters in early pregnancy for missed abortion. *Science Progress*, *108*(1).
- Hutchinson, D., McBrien, A., Howley, L., Yamamoto, Y., Sekar, P., Motan, T., Jain, V., Savard, W., & Hornberger, L. K. (2017). First-Trimester Fetal Echocardiography: Identification of Cardiac Structures for Screening from 6 to 13 Weeks' Gestational Age. *Journal of the American Society of Echocardiography*, *30*(8), 763-772.
- INE. Instituto Nacional de Estadística. (s. f.).
- INE. Tasa de Mortalidad Perinatal por comunidad autónoma según sexo(1699). (s. f.).
- Jiménez Puñales, S., & Pentón Cortés, R. J. (2015). Mortalidad perinatal. Factores de riesgo asociados. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*, *42*(1), 2-6.
- Kelley, J., McGillivray, G., Meagher, S., & Hui, L. (2021). Increased nuchal translucency after low-risk noninvasive prenatal testing: What should we tell prospective parents? *Prenatal Diagnosis*, *41*(10), 1305-1315.
- Koire, A., Mittal, L., Erdei, C., & Liu, C. H. (2021). Maternal-fetal bonding during the COVID-19 pandemic. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *21*(1), 846.

- Kumsa, H., Mislu, E., & Yimer, N. B. (2024). A systematic review and meta-analysis of the globally reported International Classification of Diseases to Perinatal Mortality (ICD-PM). *Frontiers in Medicine*, 11.
- Lassi, Z. S., Kedzior, S. G. E., & Bhutta, Z. A. (2019). Community-based maternal and newborn educational care packages for improving neonatal health and survival in low- and middle-income countries. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2019(11), CD007647.
- Le Vance, J., Plant, M., Saba, S., Heazell, A. E. P., Morris, R. K., Morton, V. H., & Gurney, L. (2025). Impact of a dedicated antenatal specialist service for women with a history of stillbirth: the rainbow clinic. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 25(1).
- Lecithin Sphingomyelin Ratio - PubMed*. (s. f.).
- Lesser, H. T., D'Adamo, C., O'Reilly, G., Arrabal, P., & Ehsanipoor, R. M. (2022). Diagnosis of mid-second trimester fetal growth restriction and associated outcomes. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 35(25), 10168-10172.
- López Soto, Á., Velasco Martínez, M., Meseguer González, J. L., & López Pérez, R. (2021). Third trimester ultrasound. A long-standing debate. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*, 60(3), 401-404.
- Manjee, K., Price, E., & Ernst, L. M. (2023). Comparison of the Autopsy and Placental Findings in Second vs Third Trimester Stillbirth. *Pediatric and Developmental Pathology*, 26(4), 345-351.
- Masereka, E. M., Naturinda, A., Tumusiime, A., & Munguiko, C. (2020). Implementation of the Perinatal Death Surveillance and Response guidelines: Lessons from annual health system strengthening interventions in the Rwenzori Sub-Region, Western Uganda. *Nursing Open*, 7(5), 1497.
- Melamed, N., Baschat, A., Yinon, Y., Athanasiadis, A., Mecacci, F., Figueras, F., Berghella, V., Nazareth, A., Tahlak, M., McIntyre, H. D., Da Silva Costa, F., Kihara, A. B., Hadar, E., McAuliffe, F., Hanson, M., Ma, R. C., Gooden, R., Sheiner, E., Kapur, A., ... Hod, M. (2021). FIGO (international Federation of Gynecology and obstetrics) initiative on fetal growth: best practice advice for screening, diagnosis, and management of fetal growth restriction. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 152(S1), 3-57.
- Metz, T. D., Berry, R. S., Fretts, R. C., Reddy, U. M., & Turrentine, M. A. (2020). Obstetric Care Consensus #10: Management of Stillbirth: (Replaces Practice Bulletin Number 102, March 2009). *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 222(3), B2-B20.
- Mouri, Mi., Hall, H., & Rupp, T. J. (2024). Threatened Miscarriage. *Manual on Labour Room Protocols*, 7-7.
- Movimiento Natural de la Población / Indicadores Demográficos Básicos. Año 2023*. (s. f.).
- NNNConsult*. (s. f.).
- Parro-Jiménez, E., Morán, N., Gesteira, C., Sanz, J., García-Vera, M. P., Parro-Jiménez, E., Morán, N., Gesteira, C., Sanz, J., & García-Vera, M. P. (2021). Duelo complicado: una revisión sistemática de la prevalencia, diagnóstico, factores de riesgo y de protección en población adulta de España. *Anales de Psicología*, 37(2), 189-202.

- Pascual, Z. N., & Langaker, M. D. (2023). Physiology, Pregnancy. *StatPearls*.
- Patel, K., Pirie, D., Heazell, A. E. P., Morgan, B., & Woolner, A. (2024). Subsequent pregnancy outcomes after second trimester miscarriage or termination for medical/fetal reason: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, *103*(3), 413-422.
- Ples, L., Popescu, I., Margarit, I., Ionescu, C. A., Cazaceanu, A., Moga, M. A., Popescu, M., Tomescu, D. R., & Sima, R. M. (2020). Factors affecting the decision to undergo abortion in Romania: Experiences at our clinic. *Journal of evaluation in clinical practice*, *26*(2), 484-488.
- Qian, J., Sun, S., Wu, M., Liu, L., Yaping, S., & Yu, X. (2021). Preparing nurses and midwives to provide perinatal bereavement care: A systematic scoping review. *Nurse Education Today*, *103*.
- Quenby, S., Gallos, I. D., Dhillon-Smith, R. K., Podeseck, M., Stephenson, M. D., Fisher, J., Brosens, J. J., Brewin, J., Ramhorst, R., Lucas, E. S., McCoy, R. C., Anderson, R., Daher, S., Regan, L., Al-Memmar, M., Bourne, T., MacIntyre, D. A., Rai, R., Christiansen, O. B., ... Coomarasamy, A. (2021a). Miscarriage matters: the epidemiological, physical, psychological, and economic costs of early pregnancy loss. *The Lancet*, *397*(10285), 1658-1667.
- Quenby, S., Gallos, I. D., Dhillon-Smith, R. K., Podeseck, M., Stephenson, M. D., Fisher, J., Brosens, J. J., Brewin, J., Ramhorst, R., Lucas, E. S., McCoy, R. C., Anderson, R., Daher, S., Regan, L., Al-Memmar, M., Bourne, T., MacIntyre, D. A., Rai, R., Christiansen, O. B., ... Coomarasamy, A. (2021b). Miscarriage matters: the epidemiological, physical, psychological, and economic costs of early pregnancy loss. *The Lancet*, *397*(10285), 1658-1667.
- Rodríguez Pérez, M. Á., Prats Rodríguez, P., Fournier Fisas, S., Ricart Calleja, M., Echevarria Tellería, M., Comas Gabriel, C., & Serra Zantop, B. (2013). Guía clínica de actuación de la interrupción del embarazo. *Diagnóstico Prenatal*, *24*(1), 11-14.
- Rubio-Alvarez, A., Jiménez-Ramos, C., Bravo-Vaquero, C., Pulgarín-Pulgarín, B., Rodríguez-Almagro, J., & Hernández-Martínez, A. (2024). Professional approach to the care of women who have suffered a perinatal loss. *Nursing and Health Sciences*, *26*(2).
- Santos-Redondo P., Yáñez-Otero A. & Al-Adib-Mendirí M., (2015). *Atención profesional a la pérdida y el duelo mediante la maternidad* [PDF]
- Schmiedl, A., & Mühlfeld, C. (2025). Morphological and molecular aspects of lung development. *Histology and histopathology*, *40*(4), 411-430.
- Senso, S. G., Rodríguez, M. C., & Rodríguez-Arenas, M. Á. (2022). Factors related to the voluntary interruption of pregnancy in Spain. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*, *63*(1), E69-E69.
- Sharvit, M., Yagur, Y., Shams, R., Daykan, Y., Klein, Z., & Schonman, R. (2023). Outcomes of incomplete abortion related to treatment modality. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, *308*(5), 1543-1548.
- Simioni, C., & Araujo, E. (2023). The role of mid-trimester ultrasound scan: scope and limitations. *Revista da Associação Médica Brasileira (1992)*, *69*(8).

- Simon, N. M. (2013). Treating Complicated Grief. *JAMA*, 310(4), 416.
- Skuster, P., Menzel, J., Ghorashi, A. R., & Perkins, M. (2022). Policy surveillance for a global analysis of national abortion laws. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 30(1).
- Suhren, J. T., Hussein, K., Kreipe, H., & Schaumann, N. (2024). Comparison of Clinical Diagnosis and Autopsy Findings of Early Neonatal Deaths: Diagnostic Challenges and the Value of Autopsy in Identifying Rare Pathologies. *Pediatric and Developmental Pathology*, 28(1).
- Swantic, V., Hawley, D., Zipp, C., Lee, N., & Praditpan, P. (2023). Second-trimester Abortion. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 66(4), 685-697.
- Testani, E., Latta, K., Barker, E., York, S. L., & Laursen, L. (2025). Incomplete Miscarriage. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 160(1), 145-149.
- Valenzuela, M. T., Bernales, M., Jaña, P., Valenzuela, M. T., Bernales, M., & Jaña, P. (2020). Duelo perinatal: Perspectivas de los Profesionales de la Salud. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 85(3), 281-305.
- Velázquez, N. (2014). La hormona gonadotrofina coriónica humana: Una molécula ubicua y versátil. Parte I. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 74(2), 122-133.
- Vidiella-Martin, J., Been, J. V., Van Doorslaer, E., García-Gómez, P., & Van Ourti, T. (2021). Association Between Income and Perinatal Mortality in the Netherlands Across Gestational Age. *JAMA Network Open*, 4(11), e2132124-e2132124.
- Whitehead, C. L., Cohen, N., Visser, G. H. A., & Farine, D. (2020). Are increased fetal movements always reassuring? *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 33(21), 3713-3718.
- WHO Data. World Health Organization Data (s. f.).
- WHO. (2024) *Mortalidad Neonatal* [Ficha técnica]
- Xie, J., Hunter, A., Biesty, L., & Grealish, A. (2024). The impact of midwife/nurse-led psychosocial interventions on parents experiencing perinatal bereavement: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 157.
- Zhang, J., Mu, F., Guo, Z., Cai, Z., Zeng, X., Du, L., & Wang, F. (2023). Chromosome analysis of foetal tissue from 1903 spontaneous abortion patients in 5 regions of China: a retrospective multicentre study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23(1).
- Zhang, X., Chen, Y., Zhao, M., Yuan, M., Zeng, T., & Wu, M. (2024). Complicated grief following the perinatal loss: a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 24(1).

ANEXO

ANEXO I. ESCALA DE DUELO PERINATAL

“Cada afirmación es un pensamiento o sentimiento que algunas personas podrían tener cuando han perdido a su bebé, como es su caso. No hay respuestas acertadas o incorrectas para estas afirmaciones. Para cada afirmación, marque una X en la casilla que mejor indica su grado de acuerdo o desacuerdo en el momento actual.”

AFIRMACIÓN	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1. Me siento deprimida					
2. Se me hace difícil llevarme bien con algunas personas					
3. Me siento vacía					
4. No puedo realizar las tareas cotidianas					
5. Siento la necesidad de hablar de mi bebé					
6. Me lamento por la pérdida de mi bebé					
7. Estoy asustada					
8. He pensado en el suicidio desde que perdí a mi bebé					
9. Tomo medicación para el nerviosismo					
10. Extraño mucho a mi bebé					
11. Siento que me estoy adaptando bien a la pérdida de mi bebé					
12. Es doloroso recordar la pérdida de mi bebé					
13. Me enoja cuando pienso en mi bebé					
14. Llora cuando pienso en mi bebé					
15. Me siento culpable cuando pienso en mi bebé					
16. Me siento enferma cuando pienso en mi bebé					
17. Me siento desprotegida en un mundo peligroso desde que perdí a mi bebé					
18. Intento reír pero ya nada me parece gracioso					

19.	El tiempo pasa muy lentamente desde que perdí a mi bebé					
20.	La mejor parte de mí se perdió con mi bebé					
21.	Siento que decepcioné a gente por la pérdida de mi bebé					
22.	Siento un gran dolor por la pérdida de mi bebé					
23.	Me siento culpable por la pérdida de mi bebé					
24.	Necesito justificarme ante algunas personas por la pérdida de mi bebé					
25.	A veces siento que necesito ayuda profesional para que mi vida funcione otra vez					
26.	Me siento como muerta en vida					
27.	Me siento muy sola desde que perdí a mi bebé					
28.	Me siento apartada y sola aunque esté con amigos					
29.	Siento que es mejor no amar					
30.	Desde que perdí a mi bebé se me hace difícil tomar decisiones					
31.	Me preocupa cómo será mi futuro					
32.	Una madre desolada por la pérdida de su bebé es inferior a otra					
33.	Es maravilloso estar vivo					

(Perinatal Grief Scale, 33 items short versión) Potvin, L, Lasker, JN & Toedter, LJ (1989). Traducida y validada al Castellano por Mota, et. all (2011).