

Plan de cuidados de enfermería para la pérdida perinatal y el aborto

RESUMEN

La pérdida perinatal es considerada hoy en día la situación más difícil que una familia se ve avocada a afrontar durante el embarazo. Es una gran tragedia y sus manifestaciones dependen de la cultura y el cumplimiento de sus ritos. Se ha observado en las últimas décadas en nuestra sociedad un cambio radical en las manifestaciones externas del dolor ante la muerte de un ser querido y según los estudiosos del tema estos cambios suponen para algunas personas, una dificultad

añadida para superar este periodo.

El objetivo de este artículo es proponer un plan de enfermería estandarizado, una serie de recomendaciones para los profesionales y otras recomendaciones al alta para los pacientes que le ayuden a afrontar de mejor manera esta terrible situación.

PALABRAS CLAVE

Pérdida perinatal, aborto, duelo, enfermería.

Justificación

La pérdida de un ser querido es una de las tragedias más grande que el ser humano debe soportar durante su existencia. Es algo inevitable. Decir adiós a alguien querido supone un duro trance difícil de asumir, pero despedirse de alguien que aún no ha llegado o que acaba de llegar, une este dolor a una frustración inmensa por la pérdida de las ilusiones atesoradas durante el proceso de gestación.

La muerte, la pérdida de los seres queridos que nos rodean, desencadenan inevitablemente unas reacciones en nuestro organismo, que hace que tengamos que reaccionar con una serie de fenómenos para adaptarnos, y es lo que conocemos como duelo. Es un mecanismo natural de adaptación, a través del cual encauzamos el sufrimiento y la pena que sentimos. Van Gennepe, Arnold, en *los ritos de paso*, decía que *"el luto era un estado de margen para los supervivientes en los que se entra mediante ritos de separación"*. (Van Gennepe, A. 1986:)

Cada cultura expresa este dolor de diferente forma, siendo para todas ellas el duelo un fenómeno natural y necesario para adaptarnos a esa pérdida. Pero se ha observado en las últimas décadas, en nuestra sociedad un cambio radical en las manifestaciones externas del dolor ante la muerte de un ser querido y según los estudiosos del tema estos cambios suponen para algunas personas, una dificultad añadida para superar este periodo.

El mundo moderno no quiere ver delante, ni admitir la inevitabilidad de la muerte, la apartamos de nuestra mente. Hoy en día se considera la muerte un desastre puro y simple como la decadencia que hay que retrasar lo máximo posible. Mucho más en el caso de una pérdi-

da perinatal, habida cuenta de los avances conseguidos en el control de embarazo y las técnicas de screening perinatal que se manejan actualmente y en las que se puede conocer de antemano el pronóstico final del fruto de ese embarazo en cuanto a alteraciones físicas o genéticas se refiere.

La palabra *duelo* proviene del latín *dolos* que significa DOLOR; por tanto, el dolor de la muerte es lo que se conoce como **duelo**.

El duelo es un proceso normal, es decir es una reacción natural ante la pérdida de una persona, que incluye componentes físicos, psicológicos y sociales y cuya intensidad y duración debería ser proporcional a la dimensión de la pérdida. Freud citado en (Gómez Sancho, Marcos. 2004:) compara el duelo con melancolía y dice de él que es un afecto normal que posibilita la comprensión de la melancolía.

J. Montoya Carrasquilla (Montoya Carrasquilla, J. 2009) dice a propósito del duelo, que "en ninguna otra situación salvo en el duelo, el dolor producido es total, es un dolor biológico, psicológico social, familiar y espiritual". En la pérdida de un ser querido duele el pasado, el presente y especialmente el futuro. Toda la vida en su conjunto duele.

Teniendo en cuenta estas definiciones hechas por investigadores sociales acerca del duelo, éste está claro que aunque es un proceso natural, no resulta en infinidad de ocasiones fácil de sobrellevar y se demanda ayuda por parte de los que lo sufren para soportarlo.

En el caso del duelo por una muerte fetal o tras 28 días de vida, lo que se conoce con el nombre de muerte perinatal, todas estas ilusiones se transforman en una situación de choque inesperada a lo que los padres y el resto de la familia se tienen que enfrentar, cambiando las emociones que suponían la ilusión de la llegada de una

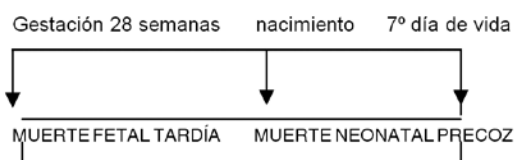
*Matrona del Hospital Virgen de la Victoria

nueva vida por el dolor de la pena. Cada pareja experimentará el proceso de duelo según su personalidad, idiosincrasia y el propio entorno cultural del que provengan. Pero por regla general, todas ellas manifiestan sensaciones que dan un carácter de universalidad a la experiencia de duelo (Higuero, J. C. 2007:).

El Instituto Universitario Dexeus define muerte perinatal como la suma de la mortalidad fetal tardía y la mortalidad neonatal precoz.

Entendemos por muerte fetal tardía la que se produce a partir de la 28 semana de gestación, incluyéndose todos los fetos que pesan 1000 gramos o más y/o tienen una longitud de 35 centímetros o más al nacer.

Y la mortalidad neonatal precoz comprende a los recién nacidos muertos dentro de los 7 primeros días de vida completos (168 horas).



Afortunadamente las tasas de mortalidad perinatal han ido disminuyendo en las últimas décadas. Así, según refiere la OMS en 1994, la tasa de mortalidad perinatal internacional que en 1976 era de 18,8‰ nacidos, descendió al 8,3‰ o nacidos en 1989. Algunos autores describen que la mortalidad perinatal disminuyó en los hospitales españoles desde un 15,4‰ o nacidos a un 11,8‰ o nacidos, con un descenso relativo del 23,4%.

Aunque el número de muertes perinatales ha disminuido, si tenemos en cuenta que actualmente por las condiciones socioeconómicas, el número de hijos que decide tener una pareja es cada vez menor, se puede comprender la importancia de tener hijos sanos y la gran trascendencia y "choque" que produce el malogro de una gestación.

Los lazos afectivos se desarrollan conforme avanza la gestación, por lo que cabría esperar que el duelo fuera menor en las pérdidas perinatales tempranas que en las tardías o en las neonatales. No obstante los estudios revisados indican que no existe relación entre la intensidad del duelo y la duración del embarazo o el grado de contacto con el neonato. En este sentido, los abortos y las pérdidas fetales se asocian con sentimientos de fracaso en la gestante, mientras que en las muertes neonatales parece estar más presente el sentimiento de ira. Por ello, no hay que dejar de excluir a los abortos como procesos susceptibles de encontrar duelo disfuncional y síndrome postaborto en la mujer o dentro de la pareja, incluso en casos de abortos inducidos (Gómez Lavín, C. y Zapata García, R. 2005: 267-272).

Gálvez Toro aporta la idea de que es posible hacer una intervención de ayuda en el caso los abortos inducidos, ya que según el autor, puede pasarse de la "anodinia afectiva" al padecimiento (Gálvez Toro, A. 2008).

Las reacciones de duelo en la pareja se manifiestan algunas veces de forma asimétrica, quedando el padre relegado a un papel más secundario en esa esfera de dolor. O'Leary y Thorwick han estudiado las reacciones en el padre y concluyen que éstos describen la necesidad de ser reconocidos en su dolor por los otros. Se sienten incapaces de compartir su propia ansiedad y miedos por querer proteger a la madre. La presión social por "ser fuertes" y la creencia de que "los hombres no lloran y no comparten" parecen inhibir a los padres de la necesidad de pedir soporte emocional para superar el trance.

Estos autores señalan también la importancia de implicar a los padres en las clases de preparación al parto, ya que éstas suelen estar centradas en los cuidados de la madre y en el padre como persona de apoyo, no otorgándosele un rol directo de protagonismo. Señalan igualmente que cuando acuden a los controles de embarazo y visualizan por primera vez la imagen de su bebé por ecografía, adquieren la misma posición que sus relativas parejas en términos de "conocimiento" del bebé (O'Leary, J. y Thorwick, C. 2005: 78-86) de ahí su potencial para desarrollar también un duelo disfuncional.

Ante el afrontamiento de un duelo es importante conocer sus fases. Bowlby describió cuatro fases en este proceso:

- 1ª fase de choque o incredulidad: Período de aturdimiento y falta de crédito, que protege a los progenitores del impacto total de la pérdida. Puede durar de varias horas hasta dos semanas, y durante este tiempo los padres expresan sentimiento de vacío y no pueden aceptar intelectualmente la pérdida, siendo incapaces de concentrarse, de tomar decisiones, aceptando sólo información selectiva. Necesitan mucha ayuda incluso para realizar tareas simples.
- 2ª fase de nostalgia y búsqueda: Se manifiesta como un intento inconsciente de buscar a la persona muerta, con pensamientos e imágenes casi alucinatorias y se acompaña de llanto y desesperación. Comienza cuando la realidad del desaparecido empieza a imponerse; es entonces cuando aparece un período agudo de pesar caracterizado por arranques de ira, adjudicación de culpa y perturbación. Esta ira constituye un síntoma común, los padres se sienten defraudados y pueden protestar por la injusticia de la muerte. Los recuerdos de los acontecimientos que llevaron a ella son repasados de forma repetida. La culpa puede dirigirse hacia uno mismo, produciendo autoreproche, o expresarse por hostilidad contra no importa quién, Dios,

el personal sanitario, el esposo o el destino. Algunas mujeres refieren escuchar el llanto del bebé o sentir movimientos fetales en su interior después del parto.

- 3ª fase de desorganización: Aunque esta fase es diferente a las enfermedades depresivas, muchas características son similares y se caracteriza por aparición de tristeza manifiesta, disminución de la autoestima, falta de atención y objetivos futuros, y retraimiento social. Con el transcurso del tiempo la fase aguda es menos pronunciada, y se reanudan las actividades ordinarias. Los padres comienzan a sentirse culpables por su incapacidad para recuperarse de la pérdida y pueden adoptar el papel de enfermos para enmascarar su depresión y evitar la crítica. Este período de desorganización puede durar de seis meses a un año.
- 4ª fase de reorganización: En ella se produce una aceptación de la pérdida como definitiva. Se produce un ajuste gradual. Las relaciones de la familia se estabilizan, y hay participación activa y normal en la vida, incluyendo planes para el futuro. Aunque el amor por el hijo no ha cambiado ni disminuido, los padres han aprendido de nuevo a vivir, incorporando la pérdida a sus vidas y recuperando el optimismo más allá del dolor. (Bowlby, J. 1980:)

Para finalizar y parafraseando a Worden diremos que *“las familias que afrontan la pérdida de un hijo de manera más eficaz son aquellas que llegan a hacer comentarios abiertos sobre el fallecido, sin prohibir ni buscar excusas para que algunos de sus miembros se queden callados. Las familias verdaderamente funcionales procesan sentimientos sobre la muerte incluyendo, admitiendo y aceptando sentimientos de vulnerabilidad”*. (Worden, William J. 1997:)

Recomendaciones de actuación profesional frente al duelo perinatal

En este apartado sugiero algunos puntos sobre cuál debe ser nuestra actuación más correcta ante la muerte perinatal:

- Acompañar y ofrecer apoyo psicológico a la pareja y familia, brindándoles confianza para permitir que expresen sus miedos, temores,...
- Dar amplia información, dándoles opción a que pregunten todas sus dudas.
- No sedar excesivamente a la mujer durante el proceso del parto, para evitar sensación de irrealidad.
- Insistir a los padres para que vean y toquen a su hijo, respetando su decisión en todo momento. Esto ayuda a evitar fabulaciones posteriores y a resolver con normalidad el duelo.
- Insistir lo suficiente en la conveniencia de realizar la necropsia, respetando la decisión que tomen. El resultado de ésta puede ayudar a los padres a liberarlos de sentimientos de culpa. Aunque el informe no muestre nada fuera de lo común, la presencia de características de normalidad da seguridad a los progenitores.
- No se debe aconsejar un embarazo lo antes posible, es conveniente señalar que un nuevo embarazo precoz no va a sustituir a la pérdida. Para realizar un buen duelo, es importante señalar que el bebé que se ha perdido tiene una entidad propia y no puede ser sustituido por nada ni por nadie. Cierto es que un nuevo embarazo después de la muerte anterior, cierra el ciclo de percepciones psicológicas negativas en la pareja y sobre todo en la madre.
- Dar nombre al recién nacido. Esto le brinda una entidad de individualidad dentro del núcleo familiar y lo diferencia de los otros miembros. Se debe recomendar que este nombre no se ponga a un hijo posterior para evitar que sientan que es un hijo reemplazado. Esto ayuda a facilitar el duelo y permite enfocar los sentimientos de dolor en este hijo y evita desplazamientos de sentimientos de ira a otros hijos o a sí mismos.
- Formación de recuerdos sobre el recién nacido: Se recomienda guardar el máximo de recuerdos, como fotos, huellas dactilares, vestidos usados y brazaletes de identificación, porque estas pruebas facilitan la resolución del proceso. Si rechazan quedárselos, se les puede ofrecer que quedarán en el hospital permanentemente, ya que pasada la crisis inicial se intensifica la nostalgia por su hijo y estos objetos ayudan a actualizar la pérdida. Las fotos y los vídeos pueden ser de gran ayuda para los padres, especialmente a medida que pasa el tiempo y la memoria viva del bebé comienza a borrarse (Dickason, Silverman, and Kaplan. 1999: 773)
- Evitar utilizar la palabra “feto” para referirse al recién nacido. Los padres viven mal el uso de esa palabra cuando se refiere a su criatura. Utilizar el nombre que le tuvieran elegido o “vuestro bebé”, “vuestro hijo”,....
- Antes del alta informar y advertir a la pareja que, durante largo tiempo, pueden tener tanto síntomas somáticos como psicológicos tales como pensamientos sobre el hijo perdido y, en general, sentimientos intensos. Se les debe orientar sobre publicaciones sobre el duelo perinatal y sobre posibles conflictos matrimoniales e invitarles a una comunicación mutua ya que no hacerlo es causa de desavenencias. Se les anima

a que exterioricen sus sentimientos de culpabilidad, rabia, tristeza y se prepara a la familia para asumir esta descarga.

- Sobre los otros hijos, los hermanos del hijo muerto suelen ser los más olvidados y aislados, ya que todo el mundo desea protegerlos del dolor y no los dejan participar del duelo. Es importante que los padres expliquen la situación de forma simple y apropiada, porque ello ayuda a la resolución del duelo por parte de los hermanos y a que ellos mismos recuperen su autoestima.
- A la familia se les advierte que deben ser pacientes con la pareja respecto al tiempo de duelo. Ellos esperan que el problema se resuelva en semanas cuando a veces se necesitan meses y conocer los mecanismos de apoyos convenientes. Señalar también que en el caso de que los padres tuviesen preparado el dormitorio del bebé (cuna, muñecos y demás), no intenten dismantelarlo antes del regreso de la pareja del hospital, que sean los propios padres quienes procedan a desmontarlo o a pedir ayuda si no se sienten capaces o con ánimos de hacerlo. Intentar mostrar que todo sigue como antes del embarazo ayuda a fomentar fabulaciones y sentimientos de negación.
- Contactar telefónicamente o mediante el ICA "prioritario" con la matrona de atención primaria para que se haga una visita precoz domiciliaria a los padres, para ver como se encuentran emocionalmente e intentar aclarar todo tipo de dudas que no hubiesen quedado claras en el momento del alta.

Plan de cuidados de enfermería para la pérdida perinatal

<p>DdE: Riesgo de Duelo Complicado en los padres R/C dificultad de aceptación de dicha pérdida.</p>
<p>NOC: 1304 Resolución de la aflicción. <u>Indicadores:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Expresan sentimientos sobre la pérdida. • Verbalizan la aceptación de la pérdida. • Refieren ausencia de angustia somática. • Participan en la planificación del funeral. <p>NOC: 1305 Modificación psicosocial: cambio de vida. <u>Indicadores:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Expresiones de sentimientos permitidas. • Expresiones de apoyo social adecuado. • Mantenimiento de la autoestima.

<p>NIC: 5294 Facilitar el duelo: muerte perinatal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Discutir sobre grupos de apoyo y recursos disponibles, si procede. • Discutir sobre las diferencias que hay entre las formas masculinas y femeninas de aflicción, si procede. • Preparar al bebé para que sea visto, bañándolo, vistiéndolo, incluyendo a los padres en las actividades, si procede. • Animar a los miembros de la familia a ver y coger el bebé todo lo que se desee. • Discutir el aspecto del bebé en función de la edad gestacional y el tiempo transcurrido desde la defunción. • Disponer de tiempo para que la familia esté a solas con el bebé, según la voluntad. • Discutir las características de la aflicción normal y anormal, incluyendo factores desencadenantes que precipitan sentimientos de tristeza. • Proporciona una guía anticipada acerca de la reacción de aflicción por la muerte perinatal (Ver anexo 1). <p>NIC: 5230 Aumentar el afrontamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la capacidad de la usuaria y su pareja para tomar decisiones. • Disponer de un ambiente de aceptación. • Ayudar a la pareja a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento. • Reconocer la experiencia espiritual/cultural de la pareja. • Presentar a la pareja personas (o grupos) que hayan pasado por la misma experiencia con superación.

<p>P.C: Interrupción de la Lactancia Materna secundario a Pérdida Perinatal.</p>
<p>NOC: 2301 Respuesta a la medicación. <u>Indicadores:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Efectos terapéuticos esperados presentes. • Cambios esperados en los síntomas.
<p>NIC: 6870 Supresión de la lactancia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administrar por prescripción médica el fármaco para el cese de la lactación. • Vigilar la Presión Arterial durante la administración de fármacos para suprimir la lactancia. • Vigilar la congestión y molestias de los pechos. • Aplicar frío local en la zona axilar de los pechos durante 20 minutos cuatro veces al día y en casa, si es necesario. • Informar a la usuaria de la posible ingurgitación después del alta. • Administrar analgésicos, si es necesario. • Animar a la paciente a que lleve un sujetador apretado hasta que se suprima la lactancia.

Aborto espontáneo

El aborto espontáneo es la pérdida del embarazo antes de las 20 semanas y de peso menor de 500 gramos, mucho antes de que el feto esté en condiciones de sobrevivir fuera del útero materno.

Tanto para los profesionales como para la usuaria, el aborto constituye una experiencia frustrante y desazonadora. La pérdida precoz es desafortunadamente, la complicación más frecuente en la gestación humana, ocurriendo en al menos el 75% de las mujeres que desean concebir, las mayorías de estas pérdidas pueden resultar desapercibidas porque ocurren incluso antes de que la mujer sepa que está embarazada. Cerca del 15 al 20 por ciento de los embarazos reconocidos termina en un aborto espontáneo, según el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología, incluyendo aquí a los embarazos ectópicos. Aproximadamente el 5% de las parejas que desean concebir tienen dos abortos consecutivos y aproximadamente el 1% llegan a tener 3 abortos de repetición. (Petrozza, J. C. 2006).

Tanto la usuaria como la pareja pueden llegar a sentir tras este proceso sentimientos de culpabilidad, falta de autoestima y proceso de duelo debido a la pérdida.

Las principales causas de un aborto son:

Fetales debido a desarrollo o implantación defectuosa del óvulo fecundado

Materna debida a infecciones, nutrición deficiente, anomalías endocrinas, inmunológicas o anatómicas.

La principal manifestación clínica es la hemorragia vaginal, seguida de espasmos, lumbalgias y signos de embarazo sin aumento progresivo del tamaño del útero.

El tratamiento principal es la expulsión fetal mediante tto. médico con prostaglandinas u oxitocina y/o legrado obstétrico como tto. quirúrgico.

Plan de cuidados en aborto espontáneo con legrado

DdE: Riesgo de baja autoestima situacional R/C pérdida de la gestación y cambios en su situación de vida.

P.C: Hemorragia, dolor secundario a aborto espontáneo.

NOC: 1302 Afrontamiento de problemas.

Indicadores:

- Verbaliza aceptación de la situación.
- Se adapta a los cambios en desarrollo.
- Adopta conductas para reducir el estrés.

NOC: 1205 Autoestima.

Indicadores:

- Verbalización de la autoaceptación.
- Sentimientos sobre su propia persona
- Sentimientos sobre si misma.

NIC: 6950 Cuidados por cese del embarazo:

- Proporcionar una guía anticipada acerca de la reacción de aflicción por la muerte fetal. (ver Anexo 2).
- Animar al ser querido a que apoye a la paciente, si desea.
- Explicar las sensaciones que podría experimentar.

NIC: 5400 Potenciación de la autoestima.

- Mostrar confianza en la capacidad del paciente para controlar la situación.
- Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir la autoestima más alta.
- Animar a la paciente a que acepte nuevos desafíos.

NIC: 6950 Cuidados por cese de embarazo.

- Instruir acerca de los signos que hay que informar (aumento de hemorragias, aumento de los dolores abdominales y eliminación de coágulos o restos).
- Proporcionar los analgésicos o antieméticos prescritos.
- Canalizar vía IV, si procede.
- Administrar medicación prescrita (prostaglandinas, oxitocina,...).
- Animar al ser querido a que apoye a la usuaria antes, durante y después del aborto, si se desea.
- Observar si se producen hemorragias o retortijones.
- Administrar gammaglobulina AntiD en caso de madre Rh negativo.

Anexo 1: recomendaciones al alta para la usuaria y su pareja en la muerte perinatal

RECOMENDACIONES GENERALES DE LOS CUIDADOS BÁSICOS PUERPERALES:

Higiene: Diaria, de todo el cuerpo, con agua y jabón, evite los baños de inmersión en las primeras 4 semanas. Para la piscina o playa espera 8 semanas. La zona de la episiotomía (cicatriz), debe mantenerse lo más limpia y seca posible para su cicatrización. Dirige el chorro del agua en dirección vagina - ano, secando la zona sin arrastre. Cambiarle con frecuencia la compresa de algodón, no use tampones. La episiotomía suele cicatrizar entre los 7 – 10 días.

Consultar: Puntos abiertos, fiebre (temperatura mayor de 38° C), molestias al orinar. Enrojecimiento, dolor y zona endurecida en el pecho.

Actividad: No debe realizar esfuerzos ni tareas pesadas, durante la primera semana o mientras tengas molestias. Pide ayuda para las tareas domésticas, si lo necesitas. Intenta descansar unas 10 – 11 horas diarias. Comienza en cuanto puedas los ejercicios postparto, evitando los ejercicios abdominales. Favorecen una más rápida recuperación física y, por tanto, emocional.

Consultar: Varices enrojecidas o dolorosas en las piernas.

Eliminación de loquios: Después del parto, se presenta un sangrado vaginal.

Debes observar:

Cantidad: Disminuyendo gradualmente. Color: Los días 2-3, son rojos y fluidos. Luego, serán marroncillos, posteriormente amarillentos y hacia el 15 sólo existe una secreción blanquecina que desaparece a los 20 días.

Olor: tienen un olor ácido característico, pero no deben oler mal.

Consultar: Si aumentan de repente. Si continúan siendo rojos a los 10 días después del parto, si tienen mal olor o aparece fiebre.

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS EN LA PÉRDIDA PERINATAL

- Es normal que paséis por todas las fases de un duelo normal. Primero sentiréis aturdimiento, un choque o incredulidad ante lo que os ha ocurrido para seguidamente entrar en una fase de nostalgia y búsqueda de la persona fallecida con pensamientos e imágenes casi alucinatorias y que se acompaña de llanto y desesperación. Comienza cuando la realidad del desaparecido empieza a imponerse; es entonces cuando aparece un período agudo de pesar caracterizado por arranques de ira, adjudicación de culpa y perturbación. Luego entrareis en una tercera fase llamada de *desorganización*, se asemeja a un estado depresivo para entrar tras un largo periodo (depende de cada persona) en la fase de *organización*, donde se produce la aceptación de la pérdida como definitiva y su recuerdo no llega a ser tan doloroso como al principio. Aunque el amor por el hijo no ha cambiado ni disminuido, los padres aprenden de nuevo a vivir, incorporando la pérdida a sus vidas y recuperando el optimismo más allá del dolor.
- Guarda todos los recuerdos que conserves de tu bebé como alguien importante que ha pasado por tu vida. Os ayudará a pasar por todas las fases anteriores del duelo.
- Desmonta o conserva su habitación, lo que os apetezca. Pero ocuparos vosotros en su debido momento. Sin prisas

- No reprimid vuestro dolor, expresadlo, comunicaros vuestros sentimientos, aunque sean negativos en este momento. No sirve de nada reprimir sentimientos y sí puede empeorar la situación.
- Recuerda a tu bebé con el nombre que le tuvieras decidido, si no lo habías hecho aún, es un buen momento para elegirlo y recordarlo por su nombre. No pongas a un hijo posterior el mismo nombre para evitar que sientan que es un hijo remplazado.
- Ver y tocar a vuestro hijo os ayudará a resolver el duelo, en contra de lo que piensan muchas personas que es mejor no verlo. Si no pudiste hacerlo en el momento del nacimiento, pregunta al personal si puedes hacerlo ahora, siempre y cuando sientas este deseo.
- Es conveniente señalar que un nuevo embarazo precoz no va a sustituir a la pérdida. Para realizar un buen duelo, es importante saber que el bebé que se ha perdido tiene una entidad propia y no puede ser sustituido por nada ni por nadie. Cierto es que un nuevo embarazo después de una muerte anterior, cierra el ciclo de percepciones psicológicas negativas en la pareja y sobre todo en la madre. Pero el tiempo lo ponéis vosotros.

A continuación os aconsejamos lecturas y sitios de internet donde podéis encontrar ayuda en vuestro duelo:

- Robert A. Neimeyer. "Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo". Disponible en http://www.psicosocial.net/index.php?option=com_docman&Itemid=1&task=docclick&bid=248&limitstart=0&limit=10
- Claramunt M. Àngels (2009). *La cuna vacía. El doloroso proceso de perder un embarazo*. Ed. La Esfera de los libros. Madrid. ISBN: 9788497348508.
- UMA. MANITA. Apoyo para la muerte perinatal & neonatal. Web site. <http://www.umamanita.es/>
- Ramón Martín. *Aspectos psicológicos del duelo*. Disponible en <http://www.sanitarioscristianos.com/img/pastoral/psicologicoduelo.pdf>
- *Superando un aborto*. Foro. Disponible en <http://superandounaborto.foroactivo.com/>
- Schweibert, P y Kirk, P. (1985). *Cuando Hola Significa Adiós: Una guía para los padres del niño que fallece antes, durante, o poco después del parto*. Ed. Perinatal Loss
- *Vivir la pérdida. Ayuda después de la muerte de un ser querido*. Web site. <http://www.vivirlaperdida.com/>
- *El Duelo*. Fundación Piero Rafael Martínez D. Web site. http://www.duelo.org/index.php?option=com_content&view=category&id=3&Itemid=3
- García, Alfonso (2005). *Duelo perinatal y neonatal*. TÁN@TOS. Revista de la Sociedad Española e inter-

nacional de Tanatología. (6) Junio 2005. Disponible en <http://tanatologia.org/seit/tanatos-revista6.pdf>.

- Libros sobre la muerte perinatal, aborto, muerte neonatal, muerte infantil. Bibliografía disponible en <http://www.petitsambllum.org/Bibliografia.html>

Anexo 2: recomendaciones generales para el aborto legado.

- Es posible que manche como en una regla normal durante los 15 ó 20 días tras el procedimiento, aunque puede que no manche nada e incluso que manche unos días sí y otros no. En cualquiera de los casos es normal.
- La primera regla normal tras la intervención suele retrasarse, pudiendo aparecer entre los 30 – 50 días próximos y quizá sea más abundante de lo normal.
- Pueden que aparezca unas décimas de fiebre (hasta 38) que desaparecerán en 48 horas. Si no es así, deberá ponerse en contacto con su médico de familia.
- Si presenta las molestias típicas de una regla, puede tomar el analgésico que normalmente utilice.
- Es posible que tenga molestias en los pechos, que suelen ceder por sí solas en pocos días.
- Para prevenir complicaciones se aconseja seguir en los próximos días las siguientes recomendaciones:
- Utilice compresas, no tampones.
- No realice lavados vaginales internos. Se recomienda ducha diaria, no baño. Puede lavarse la cabeza.
- No debe mantener relaciones sexuales con penetración mientras dure el sangrado.

- No haga gimnasia intensa ni ejercicio físico brusco en las primeras semanas.
- Mantenga reposo relativo durante 7 u 8 días.
- Si desea volver a quedarse embarazada, es aconsejable esperar que pasen al menos dos ciclos menstruales.
- Si eres Rh negativo, se te administrará la gammaglobulina Anti-D para evitar problemas en posteriores embarazos.

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS EN EL ABORTO

- Es normal que paséis por todas las fases de un duelo normal. Primero sentiréis aturdimiento, un choque o incredulidad ante lo que os ha ocurrido para seguidamente entrar en una fase de nostalgia por el bebé perdido, que se puede acompañar de llanto y desesperación.
- No reprimid vuestro dolor, expresadlo, comunicaros vuestros sentimientos, aunque sean negativos en este momento. No sirve de nada reprimir sentimientos y sí puede empeorar la situación.
- No dudéis en consultar todas las dudas que os vayan surgiendo.
- A continuación os aconsejamos lecturas y sitios de internet donde podéis encontrar ayuda.
- Johnson, J.M. et alt. (2002). Aborto espontáneo. Un libro para los padres. Centering Corporation.
- Ilse, Sherokee. (2005). Brazos vacíos. Sobrellevando el aborto espontáneo, el nacimiento de un bebé muerto y la muerte infantil. Ed. Arlene Applebaum.
- *Superando un aborto*. Foro. Disponible en <http://superandounaborto.foroactivo.com/>

Bibliografía

1. Bowlby, J. (1980). Attachment and Loss: Volume III: Loss, Sadness and Depression London. The Hogarth Press and the Institute
2. Dickason, Silverman, and Kaplan. (1999) Duelo Perinatal. Capítulo 29 del libro Enfermería Maternal. Madrid. Harcourt Brace de España
3. Gálvez Toro, A. "Consejo y Toma de Decisiones. Síndrome postaborto. Anodinia afectiva vs. padecimiento". Evidentia. Consultado el 07 de 2009 en <http://www.index-f.com/evidentia/n21/466articulo.php>
4. Gómez Lavín, C y Zapata García, R (2005) "Categorización Diagnóstica del Síndrome Postaborto". Actas Española de Psiquiatría, 4 (33), 267-272.
5. Gómez Sancho, Marcos. (2004). La pérdida de un ser querido. El duelo y el luto Madrid. Aran S.L
6. Higuero, Juan Carlos. (2007): Duelo Perinatal. Marbella. Hospital Costa del Sol. Consejería de Salud de Andalucía.
7. Montoya Carrasquilla, J. "El Duelo: sobre cómo ayudarnos y ayudar a otros a enfrentar la muerte de un ser querido". Biblioteca básica de tanatología. <http://montedeoya.homestead.com/duelos.html>
8. O'Leary, Joann y Thorwick, Clare (2005) "Fathers' perspectives during pregnancy, postperinatal loss". Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 35 (1), 78-86.
9. Petrozza, John C. "Early Pregnancy Loss". emedicine. Consultado el 2009 en <http://emedicine.medscape.com/article/260495-overview>
10. Van Gennep, A. (1986). Los Ritos de Paso Madrid. Ediciones Taurus
11. Worden, William J. (1997). El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia Barcelona. Ed. Paidós