



PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO VII – N. 19 – 2013

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n19/303d.php>

PARANINFO DIGITAL es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN DIGITAL en "CUIDADOS Y TECNOLOGÍA: UNA RELACIÓN NECESARIA" I Congreso Virtual, IX Reunión Internacional de Enfermería Basada en la Evidencia, reunión celebrada del 21 al 22 de noviembre de 2013 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

<i>Título</i>	Efectos del contacto de las madres con fetos muertos anteparto y su relación con aparición de alteraciones emocionales
<i>Autores</i>	Ángela Torres Díaz, Inmaculada Cubillas Rodríguez, Ana María López Molina, M ^a José Díaz Zurdo, M ^a Jesús González Arcos, M ^a Teresa Aragón Núñez
<i>Centro/institución</i>	Hospital Materno Infantil de Málaga
<i>Ciudad/país</i>	Málaga, España
<i>Dirección e-mail</i>	inmacbr@hotmail.com

RESUMEN

Introducción: Durante muchos años se ha animado a las mujeres que sufren muerte fetal anteparto a ver y a coger en brazos a sus hijos muertos. Esta práctica se ha llevado haciendo durante muchos años en el Hospital Materno Infantil siguiendo el protocolo de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Sin embargo, recientes estudios cuestionan los beneficios de esta práctica.

Objetivos: Conocer si existe asociación entre ver/coger en brazos al recién nacido sin vida tras el parto con la psicomorbilidad tratada por los profesionales.

Metodología: Estudio descriptivo retrospectivo de las mujeres que tuvieron MAPE en el Hospital Materno Infantil de Málaga en el período del 1 de Enero de 2010 a 31 de Diciembre 2011.

Resultados: Tras análisis estadísticos de las variables se obtiene que existe asociación estadística entre coger al bebé muerto y las variables ver, besar-acariciar al bebé y la necesidad de tratamiento farmacológico por problemas psicológicos en afrontamiento del duelo.

Conclusiones: Estos resultados hacen plantearse que insistir en que la madre vea al feto muerto tras el parto puede resultar contraproducente en la superación del duelo. Los profesionales por tanto deben respetar siempre la decisión de la madre. Sería deseable estudios posteriores que continúen con esta línea de investigación.

Palabras clave: Muerte fetal anteparto/ Duelo/ Tratamiento farmacológico.

ABSTRACT HOW MOTHERS CAN BE AFFECTED BY BEING IN CONTACT WITH THEIR BABIES IN CASE OF ANTENATAL DEATH AND HOW THIS CAN CAUSE EMOTIONAL ALTERATIONS.

For many years women were encouraged to see and hold their babies following antenatal death. This has been common practice at Materno Infantil hospital and it is still part of S.E.G.O protocol. Recent research however questions any benefits related to this practice.

Objective: Whether or not psicomorbidity treated by health professionals is linked in any way to mother-baby contact after fetal death.

Methodology: A descriptive, retrospective study about women affected by stillbirth at Malaga Materno Infantil hospital between 1st January 2010 and December 2011.

Results: Analysis of statistical variables show how any physical contact with a dead newborn, like holding, caressing or kissing is directly and statistically linked to pharmacological treatment needed to face grieving.

Conclusions: These results lead to think that encouraging mothers to see or have any physical contact with dead newborns could be detrimental when overcoming their loss. Therefore, health professionals should always respect the mother's decision.

Future studies would be very useful to continue this line of investigation.

Key-words: Perinatal mortality/ Grieving/ Pharmacological treatment.

TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

Introducción

Las mujeres que sufren una pérdida fetal viven una experiencia muy intensa que puede cambiar el futuro de su maternidad. Debido al impacto producido, estas mujeres manifiestan alteraciones emocionales y niveles altos de ansiedad que pueden verse acentuados por las intervenciones que se realizan en el parto lo que repercute en la morbilidad psicológica de las madres a corto y largo plazo.¹⁻⁷

Hasta finales de los años 70 los padres que sufrían una pérdida fetal anteparto, la costumbre hospitalaria era, no animar a ver al bebé muerto y este era a menudo incinerado por el Hospital o enterrado en una fosa desconocida con el fin de minimizar el posible trauma psicológico de esta experiencia.⁸

Una revisión de la literatura¹ revela los dilemas de la efectividad en el proceso de ayudar a las madres que tienen esta pérdida. En los últimos 25 años las actividades de los profesionales han ido desde retirar inmediatamente el bebé a la madre^{8,9} hasta animarla que lo viera y lo cogiera para facilitar el duelo.¹⁰

Algunas guías de práctica clínica animan a las madres a ver y coger en brazos a sus hijos sin vida tras el parto, con la convicción que estos procedimientos podría facilitar el proceso de duelo y repercutir en la salud materna futura^{2,11-13}. No obstante estos protocolos han sido cuestionados posteriormente por Hughes en 2003¹⁴ y 2007¹⁵, lo que significó una discrepancia con los estudios y teorías anteriores valorando los posibles riesgos/ beneficios en la salud posterior de las mujeres. Robinson en su revisión de la literatura sobre el tema y publicada en el 2011, refiere que las actuaciones profesionales pueden ser intrusivas y potencialmente creadoras de un mayor estrés¹.

El protocolo de actuación en el Hospital Materno Infantil de Málaga sigue el protocolo asistencial de la sección de Medicina psicosomática de la SEGO¹⁶ que nos dice: “es

aconsejable ofrecer la posibilidad de ver a su hijo/a a la madre máxime cuando no haya malformaciones que puedan ser desagradables a la vista y por supuesto respetando siempre las decisiones de la mujer, pareja y familia. No obstante es aconsejable en la mayoría de los casos que lo vean”.

Los profesionales que proporcionan cuidados a las mujeres que sufren esta pérdida, también puede sentir confusión, frustración e incapacidad durante el proceso y esto en ocasiones puede llevarlos a rehuir la situación tan pronto como puedan. Debemos tener claro que aconsejar y cómo actuar ante este tipo de circunstancia. El equipo profesional puede influir en la decisión de ver/sostener al bebé por parte de la madre/padre.

Objetivo general

Conocer si existe asociación entre ver /coger en brazos al recién nacido sin vida, tras el parto con la psico-morbilidad tratada por el médico de familia /equipo de salud mental y el consumo de psicofármacos, en mujeres con MAPE (muerte fetal ante parto extra hospitalaria) en el Hospital Materno-Infantil durante el período 2010-2011.

Objetivos secundarios

- Conocer el perfil de la gestante con MAPE en nuestro Hospital durante los años 2010 y 2011.
- Averiguar la situación de nuestros registros de partos para evaluar y mejorar los mismos.
- Determinar las circunstancias de los partos en los casos de muerte fetal anteparto y la actuación de los profesionales implicados en el proceso.

Metodología

Se eligieron aquellas mujeres gestantes del Hospital Materno Infantil de Málaga que sufrieron una muerte fetal ante parto entre la semana 27 y 41 en el período comprendido entre 2010 y 2011.

Se eligió el Hospital Materno- Infantil por ser nuestro lugar de trabajo y un hospital de tercer nivel en Andalucía. Consideramos que debido al número de partos que atiende al año, alrededor de 6000, y el hecho de ser un hospital público al que acuden mujeres de todas las etnias y clases sociales, la muestra sería más representativa.

No se estudiaron MAPES por debajo de semana 27 para ajustarse al protocolo del Hospital Materno-Infantil, ya que es a partir de esta semana cuando se procede a la autopsia del bebé previo consentimiento de los padres. Igualmente es a partir de la semana 27 cuando se avisa a la funeraria para llevar a cabo el proceso del funeral, hecho que consideramos importante para la evolución del duelo.

La primera selección de las participantes se llevó a cabo consultando varias fuentes:

- Registros informáticos del programa HISS de nuestra unidad.
- Libros de partos
- Inclusión en el programa de ginecología psicósomática postparto.

De esta manera se redujo al mínimo el número de pérdidas de sujetos como consecuencia de una falta de registro en alguno de los dispositivos por parte de los profesionales que atendieron el parto.

Una vez seleccionadas las posibles candidatas se solicitó al servicio de documentación las historias obstétricas de cada una de ellas.

Se descartaron aquellas mujeres en cuyas historias clínicas se reflejaba que precisaron tratamiento farmacológico por problemas psicológicos previamente al parto.

Resumiendo, los criterios de inclusión en el estudio fueron:

- Mujeres atendidas en el Hospital Materno Infantil de Málaga en el período de enero de 2010 – 31 de diciembre 2011.

- Gestantes entre 27 y 41 con MAPE

- Mujeres que previamente a la gestación no habían sido diagnosticadas ni tratadas por problemas psicológicos.

Una vez seleccionadas las mujeres de acuerdo a los criterios de inclusión, se pasó a consultar las historias obstétricas de cada una de ellas con el fin de obtener las variables demográficas y clínicas de nuestro interés.

VARIABLES DEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DE INTERÉS PARA NUESTRO ESTUDIO:

- Edad

- Etnia

- Situación de pareja (si tenía o no pareja estable en el momento del parto)

- Nivel de estudios (Primarios, secundarios y Universitarios)

- Paridad de la mujer

- Semana gestación en el momento del parto

- Tiempo transcurrido desde la pérdida del feto

- Tipo de parto: eutócico, cesárea o instrumental (fórceps, espátulas, vacío)

- Categoría profesional de quien atiende el parto (Matrona, residente de ginecología, residente de matrona y ginecólogo)

Se elaboró una entrevista estructurada basada en la revisión bibliográfica.

Se contactó telefónicamente con las mujeres y se acordó una cita telefónica con ellas para elegir el momento adecuado de la entrevista. Se limitó a dos el número de entrevistadores y siguieron un guión escrito para evitar sesgos atribuibles a la recogida de datos.

Los encuestadores fueron entrenados previamente a las entrevistas telefónicas. Se realizaron actividades de roll-play y pilotaje de la encuesta.

Las entrevistas telefónicas también sirvieron para completar la recogida de aquellos datos que no aparecían en las historias clínicas, así como para verificar los datos de interés registrados en la historia.

Se eliminaron del total de la muestra las mujeres con las que la comunicación no era posible por barrera idiomática y aquellas con las que fue imposible contactar telefónicamente tras varios intentos en diferentes días.

-Tipo de Estudio: Descriptivo retrospectivo.

-Periodo de estudio: 1 de Enero de 2010 a 31 Diciembre 2011.

-Ámbito: Hospital Materno - Infantil del Complejo Hospitalario Carlos Haya de Málaga
-Identificación de la población: Total de Mujeres gestantes, a partir de 27 semanas de gestación, que sufrieron un proceso de pérdida fetal antenatal.

-Fuentes de Información: Historias Clínicas de las mujeres y cuestionario adaptado (a partir de la búsqueda bibliográfica), para una entrevista telefónica a cada mujer.

Variables del estudio: (Independientes /dependientes)

Variables dependientes

- Seguimiento profesional en el duelo/ Tratamiento farmacológico.

Variables independientes:

- Ver/ coger al bebé tras el parto o no ver/ no coger al bebé

Análisis estadístico

Los datos obtenidos se introdujeron en el programa estadístico SPSS/ Statistical Package for the Social Science) para su análisis.

Se realizó un análisis descriptivo de las variables, tratándose las variables continuas como medias, desviación estándar o medianas según la distribución de la variable. Las variables categóricas se presentan en frecuencias y porcentajes.

Para analizar si las diferencias observadas en las frecuencias de las variables de interés son estadísticamente significativas, en el caso de variables cualitativas se aplicó el test de la Chi-cuadrado. Se ha calculado la razón de ventajas (odds ratio) y sus correspondientes intervalos de confianza al 95%. Se ha trabajado con un nivel de confianza del 95% considerándose, pues, los valores de p inferiores a 0.05 como estadísticamente significativos.

Se aplicó el análisis de supervivencia de Kaplan-Meier, para valorar la influencia que tiene el ver o abrazar al hijo y la aparición de psicomorbilidad tratada por profesionales del sector; así como el consumo o no de fármacos.

Para variables continuas, se aplicó el test de Mann Whitney

Resultados

Tabla 1. Análisis descriptivo de la muestra seleccionada en el estudio

	n	%
Etnia		
Africana	1	2
Asiática	1	2
Blanca	45	92
Sudamericana	2	4
Nivel Estudios		
Medios	5	10
Primarios	29	58
Secundarios	6	12
Universitarios	9	20
Edad (media, ds)	30.98	5.74
Profesional		
Ginecologo	20	41
Matrona	26	53
Residente Gine	3	6
Tipo de parto		
Cesárea	12	24.48
Instrumental	2	4.08
Eutocico	35	71.4
Tipo experiencia		
Mezcla	1	7.69
Positiva	8	61.54
Negativa	3	23.08
No	1	7.69
Trat. Inhibidor lact		
No	5	10.20
Si	44	89.79
Vió al bebé		
No	22	45.83
Si	26	54.16
Vió y Besó, acarició al bebé		
No	20	76.93
Sí	6	23.07
Vió y Cogió al bebé		
No	18	69.23
Sí	8	30.77
Necesitó Trat.		
No	33	67.35
Sí	16	32.65

Nuevo embarazo		
No	22	44.9
Sí	27	55.10
Ordenante		
Ginecologia	6	37.5
psicosomatica	5	31.2
Hospital	3	18.75
Medico familia	2	12.
Psiquiatra		
Padre presente		
No	8	13.32
No. Cesarea	3	6.12
Si	36	73.46
Si. Lo vió él	2	4.08
Pareja estable		
No	2	4.08
Si	44	89.79
No contesta	3	6.12
Tipo entierro		
Enterrado	4	8.16
Incinerado	35	71.43
Incinerado. Ella	3	6.12
No sabe	7	14.29
Tipo experiencia		
Mezcla	1	7.69
Positiva	8	61.54
Negativa	3	23.07
No	1	7.69
Trat Inhibidor		
Lact	5	10.20
No	43	87.75.
Sí		2.04
No contesta	1	
Mementos		
Si		
No	44	89.8
	5	10.2

Esta tabla refleja el tipo de población con MAPE que acude al materno. La mayor parte de las mujeres de raza blanca y con niveles de estudios primarios.

En cuanto ver al feto muerto, se observa que no existe gran diferencia entre la muestra de mujeres que lo ven frente a las que no lo ven (54 vs 45). La mayor diferencia está en el contacto que se tiene con el feto, la mayoría prefiere no guardar demasiado contacto (besarlo, acariciarlo).

Un dato llamativo, es que casi la totalidad de la muestra independientemente del contacto que haya tenido con el feto conserva recuerdos, como ecografía, ropita.

Tabla 2. *Relación que existe entre el contacto (ver, coger, besar y acariciar) de la madre con el bebé muerto y la necesidad de tratamiento farmacológico y/o psicológico en el afrontamiento del duelo*

Se muestran los valores de las frecuencias absolutas y relativas. Se aplicó la prueba chi cuadrado para analizar la asociación de las variables. En el caso de diferencias estadísticamente significativas se muestran los valores del OR y su correspondiente intervalo de confianza. Para las variables continuas se aplicó el test de Mann-Whitney.

		Nec trat				p
		no		si		
		n	%	n	%	
Etnia	africana	0	0,0%	1	6,7%	0.39
	asiatica	1	3,1%	0	0,0%	
	blanca	30	93,8%	13	86,7%	
	sudamericana	1	3,1%	1	6,7%	
NivelEstudios	medios	3	9,4%	2	12,5%	0.24
	primarios	17	53,1%	12	75,0%	
	secundarios	6	18,8%	0	0,0%	
	universitarios	6	18,8%	2	12,5%	
VioBebe	no	16	51,6%	6	37,5%	0.54
	si	15	48,4%	10	62,5%	
BesoAcaricio	no	14	87,5%	3	42,9%	0.04*
	si	2	12,5%	4	57,1%	
Tipo Experiencia	mezcla	1	16,7%	0	0,0%	0.43
	positiva	3	50,0%	5	71,4%	
	negativa	2	33,3%	1	14,3%	
	no	0	0,0%	1	14,3%	
Edad		29.4	5.7	34.1	5	0.008*

Los resultados muestran que existe asociación estadísticamente significativa entre coger al bebe y besar-cariciar al bebe con la necesidad de tratamiento farmacológico. Por tanto cuanto más contacto se tenga con el bebé muerto tras el parto aumenta la probabilidad de que las mujeres necesiten tratamiento farmacológico y ayuda psicológica para superar el duelo. Así mismo los resultados muestran que a mayor edad materna mayor necesidad de tratamiento para afrontar la pérdida del hijo.

Discusión

Análisis de los datos obtenidos en la tabla 1

De la muestra inicial seleccionada hubo que descartar a 3 mujeres, 2 de ellas extranjeras, por la imposibilidad de contactar con ellas por teléfono y una de ellas por negarse a colaborar en el estudio aludiendo a una experiencia pésima vivida en el Hospital.

Por lo que finalmente la muestra quedó constituida por 49 mujeres (45 caucásicas, 2 sudamericanas, 1 asiática y 1 africana). Ninguna de las extranjeras seleccionadas presentaba barrera idiomática. La edad media de la muestra fue casi de 31 años (30.98), y llama la atención que la mayor parte de estas mujeres sólo tienen estudios primarios (29 cursaron estudios primarios y sólo 9 son tituladas universitarias).

En cuanto al tipo de parto, 35 parieron vaginalmente sin necesidad de ayuda instrumental, 2 tuvieron un parto instrumental y 12 mujeres terminaron en cesárea, dato bastante significativo por su alta frecuencia (24.48%), ya que en estos casos no existe interés fetal. La matrona es el profesional más frecuente en la asistencia al parto de los MAPES ocurridos en nuestro hospital entre el 2010 y 2011 con un porcentaje del 53%.

26 mujeres vieron al bebé tras el parto, de las cuales 20 solicitaron por sí mismas verlo; 8 de esas 26 mujeres fueron influenciadas por la recomendación realizada por el profesional que asistió el parto.

Las 6 restantes que no solicitaron ellas mismas verlo terminaron haciéndolo porque se lo ofreció y/o recomendó el personal que la atendió.

La mayor parte de las mujeres que si optaron por ver al bebé prefirieron no cogerlo después del nacimiento, (69% vs 31%).

Dentro del grupo que decidió ver al neonato tanto si lo sostuvo como si no, la mayoría catalogaron su experiencia vivida en el área de partos como positiva, siendo mayor el grado de satisfacción entre el grupo de mujeres que además de coger al bebé lo besaron y acariciaron frente a las que no (83% vs 17%). No obstante hay un porcentaje del 50% de mujeres que prefirieron no contestar a este ítem.

Llama la atención que de todas las mujeres que componen la muestra, sólo 5 de ellas no guardan recuerdos relacionados con el bebé, de las 44 que sí guardan, 27 de ellas contestaron que conservaban todo lo relacionado con el bebé preguntado en la encuesta (cartilla maternal, ecografías, ropita) y 17 de ellas conservaban algún recuerdo.

Otro dato relevante es que la mayor parte de las mujeres decidieron que fuese el hospital quien se encargase de incinerar al bebé (35 mujeres frente a 7 de que prefirieron hacerse cargo del cuerpo del feto de las cuales 4 lo enterraron y 3 lo incineraron). Llama la atención que 7 mujeres contestaron a ese ítem que no recordaban que había pasado con el bebé fallecido ni lo habían intentado averiguar.

De las 16 mujeres de la muestra que precisaron tratamiento farmacológico para superar el duelo, a 11 de ellas les recetaron medicación en el mismo hospital (5 durante su

ingreso y 6 fueron derivadas al programa de ginecología psicosomática del hospital Materno Infantil) 3 de ellas fueron medicadas por su médico de familia y 2 por psiquiatras privados. Un dato significativo es que sólo 6 fuesen derivadas al programa de psicosomática. Tal programa funciona muy bien en el Hospital Materno Infantil de Málaga y resulta muy útil para superar el duelo por la terapia que se lleva a cabo y no sólo por la medicación. Lo que hace pensar que algo pudiese estar fallando en el proceso de derivación a tal programa, ya que el 36.5 % de las mujeres no fueron citadas en la consulta de ginecología psicosomática.

En el presente trabajo otra variable que se tuvo en cuenta fue si a la fecha de la entrevista la mujer estaba embarazada o había tenido un hijo después del MAPE: llama la atención que más de la mitad de la muestra, 51%, habían tenido un hijo después del suceso y un 4% estaban embarazadas.

Análisis de los datos obtenidos en la tabla 2

Tras el análisis estadístico realizado para ver la relación entre las variables objeto de estudio: asociación entre ver /coger en brazos al recién nacido sin vida, tras el parto con la psico-morbilidad tratada por el médico de familia /equipo de salud mental y el consumo de psicofármacos se obtiene:

-Existe una asociación estadísticamente significativa entre coger al bebé y las variables: ver al bebé, besar-acariciar bebé y necesidad de tratamiento farmacológico por problemas psicológicos en afrontamiento del duelo.

-Existe asociación estadísticamente significativa entre necesidad de tratamiento farmacológico y las variables besar- acariciar bebé y la edad materna. (A mayor edad mayor necesidad de tratamiento médico).

En el 2010 el Protocolo de la SEGO¹⁶ para la actuación en las pérdidas fetales y perinatales recomendaba que tras el nacimiento el equipo multidisciplinar debería animar a la madre/padre a ver/ sostener a su bebé. Los padres eran informados de esto y que en caso de que no quisieran verlo, el duelo podría ser más difícil. Nuestros resultados discrepan de las recomendaciones de las distintas guías de práctica clínica e incluso sugieren que aquellas madres que veían/ sostenían a sus bebés obtenían resultados significativos de mayor frecuencia de tratamiento psicológico por parte de profesionales sanitarios y un mayor consumo de fármacos.

Los datos obtenidos en esta investigación refuerzan lo propuesto por autores como P. Hughes, S.Richas^{14,15}, que informan que insistir en que la madre vea y coja a su hijo muerto tras el parto no sólo no es beneficioso sino que puede resultar perjudicial en el proceso psicológico de afrontamiento a la pérdida del hijo.

Aspectos éticos

El estudio ha seguido los preceptos éticos fundamentales tales como la declaración de Helsinki y las normas de buena práctica clínica. Se ha garantizado la protección y confidencialidad de datos. Se solicitó autorización al Comité Ético de investigación del Hospital Regional de Carlos Haya con un dictamen favorable. También fue necesario el

consentimiento informado y verbal de cada una de las mujeres participantes en el estudio.

En nuestra fase de recogida de datos por teléfono, aquellas mujeres que detectamos que seguían sufriendo alteraciones emocionales como consecuencia de la pérdida fetal fueron derivadas bajo su consentimiento a la consulta de ginecología psicosomática del Hospital Materno-Infantil. Esto había sido consensuado previamente y pactado con el servicio.

Debilidades y dificultades del estudio

-Al ser preguntas efectuadas por teléfono ha podido haber una pérdida de información del lenguaje no verbal, y al ser un cuestionario donde hay preguntas relacionadas con aspectos emocionales el factor “subjetividad” puede llevar a una minusvaloración o hipervaloración de los signos y síntomas expresados por las mujeres. Esta debilidad del estudio puede ser mejorada en investigaciones posteriores en donde consideraremos la posibilidad de realizar encuestas personales y medición de síntomas depresivos y ansiosos con escalas validadas.

-Los datos encontrados debido al tamaño muestral no pueden ser extrapolados a la población general y solo nos ayudan a evaluar el trabajo que realizamos día a día en nuestro Hospital. En investigaciones posteriores se podría considerar analizar las muertes fetales en todos los hospitales de la comunidad andaluza.

-Al analizar los registros de partos tanto en soporte informático como en papel se ha observado que no todos los ítems son rellenados correctamente por el profesional que atiende el parto por lo que no se han podido pre seleccionar en la muestra a ciertas gestantes.

Conclusiones

Este estudio ha encontrado una relación entre ver, besar y coger al bebé con la necesidad de psicofármacos para superar el duelo.

Estos resultados por tanto hacen plantearse, tal y como ya comentaron otros autores en sus investigaciones^{14,15} que insistir en que la madre vea y coja a su hijo muerto tras el parto puede resultar contraproducente en el proceso psicológico de la superación del duelo.

No obstante, como ya hemos citado anteriormente, son necesarios más estudios sobre este tema y especialmente para descubrir la posible repercusión emocional en una gestación posterior.

Se ha observado que los registros de partos en el hospital Materno Infantil no están siempre totalmente completados, por lo que sería necesario insistir a los profesionales de la unidad de la importancia en su documentación. Quizá habría que plantearse documentar la historia clínica y obstétrica de la gestante en un solo formato informático eliminando el papel, pues duplicar y hasta triplicar la documentación no favorece el buen registro debido en muchas ocasiones a la falta de tiempo.

Sería deseable mejorar el sistema de derivación a la consulta de ginecología psicosomática del hospital, que de forma protocolizada atiende a las madres en proceso de duelo.

También supondría un reto profesional el promover prácticas más adaptadas a las gestantes que experimentan esta situación de impacto de muerte fetal. Es importante la formación continuada y el manejo de habilidades en los profesionales sanitarios que unifiquen las actuaciones a la mujer en estos momentos tan importantes de su maternidad.

Bibliografía

1. Robinson GE. Dilemmas related to pregnancy loss. *Journal of Nervous & Mental Disease*. 2011; 199 (8): 571-574
2. DeFraim J, Martens L, Stork J, Stork W. The psychological effects of a stillbirth on surviving family members. *Omega J Death Dying*. 1990; 22(2):81-108
3. Goldenberg RL, Kirby R, Culhane JF. Stillbirth: A review. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2004; 16:79-95
4. Kirkley-Best E, Kellner KR. The forgotten grief: A review of the psychology of stillbirth. *Am J Orthopsychiatry*. 1982; 52(3):420-429
5. Cacciatore J. Effects of support group participation on post traumatic stress responses in women experience stillbirth. *Omega J Death Dying*. 2007; 55(1):71-90
6. Adeyemi A, Mosaku K, Ajenifuja O, Fatoye F, Makinde N, Ola B. Depressive symptoms in a sample of women following perinatal loss. *J Natl Med Assoc*. 2008; 100(12):1463-8.
7. Armstrong DS. Emotional Distress and Prenatal Attachment in Pregnancy After Perinatal Loss. *Journal of Nursing Scholarship*. 2002; 34 (4) : 339-345.
8. Lasker JN, Toedter LJ. Satisfaction with hospital care and interventions after pregnancy loss. *Death Stud*. 1994; 18(1):41-64
9. Lewis E. Mourning by the family after stillbirth or neonatal death. *Arch Dis Child*. 1979; 54:301-06.
10. Kozick P, Brown CE. Reconstructing reality: Preserving memories through the creation of impressions. *Int J Childbirth Educ*. 1994; 9(11):38
11. Radestad I, Steineck G, Nordin C, Sjogren B. Psychological complications after stillbirth-Influence of memories and immediate management: Population based study. *BMJ*. 1996; 312(7045):1505-1508
12. Cacciatore J, Radestad I, Frederik Froen J. Effects of contact with stillborn babies on maternal anxiety and depression. *Birth*. 2008; 35(4): 313-20
13. Radestad I, Surkan PJ, Steineck G, Cnattingius S, Onelöv E, Dickman PW Long-term outcomes for mothers who have or have not held their stillborn baby. *Midwifery*. 2009; 25(4): 422-9
14. Hughes P, Turton P, Hoper E., Evans CD. Assesment of guidelines for good practice in psicological care of mothers after stillbirth: a cohort study. *Lancet*. 2002; 360:114-117.
15. Hughes P, Riches S. Psycological aspects of perinatal loss. *Best practice and Research Clinical Obstetric and Gynaecology*. 2007; 2: 249-259.
16. SEGO. Actuación psicosomática en las pérdidas fetales y perinatales. *Protocolos Asistenciales en Medicina Psicosomática-Protocolos Asistenciales en Obstetricia*. 2010