



Servicio de Obstetricia y Ginecología
Hospital Universitario
Virgen de las Nieves
Granada

MÁS ALLÁ DEL ALTA: ACOMPAÑAMIENTO Y SEGUIMIENTO DEL DUELO PERINATAL DESDE LA ATENCIÓN A LA MUJER

Gisela Ortiz Conde

7 de mayo de 2026

INTRODUCCIÓN

El duelo perinatal hace referencia al proceso de respuesta emocional que experimentan los progenitores tras la pérdida de un hijo durante la gestación o en el periodo neonatal. A pesar de su impacto, continúa siendo una realidad frecuentemente invisibilizada tanto en el ámbito social como sanitario, lo que puede dificultar su reconocimiento y abordaje adecuado ^[1].

Desde una perspectiva epidemiológica, la muerte perinatal sigue constituyendo un problema relevante de salud pública a nivel mundial. Según la *Organización Mundial de la Salud (OMS)*, cada año se producen millones de muertes fetales y neonatales, con importantes repercusiones en la salud mental de las familias ^[2]. En este contexto, diversos estudios han demostrado una asociación significativa entre la pérdida perinatal y el desarrollo de trastornos como depresión, ansiedad o trastorno de estrés postraumático ^[3].

A pesar del creciente reconocimiento de esta problemática, la atención sanitaria continúa centrada principalmente en el periodo intrahospitalario, existiendo una menor estructuración del seguimiento tras el alta. Sin embargo, es en el entorno

domiciliario donde muchas mujeres refieren una mayor sensación de soledad y desamparo, coincidiendo con una disminución del contacto con los profesionales sanitarios [4].

Las recomendaciones actuales, recogidas en guías clínicas como las del *National Institute for Health and Care Excellence*, subrayan la necesidad de garantizar la continuidad asistencial y el seguimiento emocional en el periodo posterior a la pérdida [5]. En este sentido, la atención primaria y, en particular, la figura de la matrona, desempeñan un papel fundamental en el acompañamiento de estas mujeres.

No obstante, persisten variaciones en la práctica clínica y posibles carencias en el seguimiento tras el alta hospitalaria, lo que pone de manifiesto la necesidad de profundizar en este ámbito. Asimismo, incorporar la perspectiva de las mujeres que han vivido una pérdida perinatal resulta clave para comprender sus necesidades reales y orientar mejoras en la atención sanitaria.

Por todo ello, el presente trabajo tiene como objetivo analizar el seguimiento del duelo perinatal tras el alta hospitalaria, integrando la evidencia científica disponible con la experiencia de una mujer que ha atravesado este proceso.

OBJETIVOS:

General:

Analizar el seguimiento del duelo perinatal tras el alta hospitalaria, integrando la evidencia científica disponible con la experiencia de una mujer que ha vivido este proceso.

Específicos:

1. Revisar la evidencia científica actual sobre el acompañamiento y seguimiento del duelo perinatal en el ámbito extrahospitalario.
2. Identificar las principales necesidades emocionales, físicas y asistenciales de las mujeres tras el alta hospitalaria.

3. Describir las intervenciones recomendadas en el seguimiento del duelo perinatal, especialmente desde la atención primaria.
4. Analizar el papel de la matrona en la continuidad asistencial y el acompañamiento durante el proceso de duelo.
5. Explorar, a través de una entrevista, la experiencia vivida por una mujer en relación con la atención recibida tras el alta.

METODOLOGÍA

El presente trabajo se ha diseñado como un estudio descriptivo que combina una revisión bibliográfica narrativa con un abordaje cualitativo, con el objetivo de analizar el seguimiento del duelo perinatal tras el alta hospitalaria.

En primer lugar, se realizó una revisión de la literatura científica en diferentes bases de datos biomédicas y fuentes institucionales de referencia. Para ello, se consultaron guías de práctica clínica y documentos elaborados por organismos internacionales como la World Health Organization y el National Institute for Health and Care Excellence, así como artículos científicos relevantes. La estrategia de búsqueda incluyó términos en español e inglés, entre los que destacan “duelo perinatal”, “perinatal grief”, “muerte fetal”, “stillbirth”, “seguimiento postnatal”, “postnatal care”, “matrona” y “salud mental perinatal”.

Se establecieron como criterios de inclusión aquellos estudios publicados preferentemente en los últimos años, en español o inglés, que abordaran el seguimiento del duelo perinatal tras el alta hospitalaria o las necesidades de las mujeres en el periodo posterior a la pérdida. Asimismo, se incluyeron guías clínicas y documentos de consenso relevantes para la práctica asistencial. Por el contrario, se excluyeron aquellos estudios centrados exclusivamente en el manejo intrahospitalario sin considerar el seguimiento posterior, así como publicaciones con acceso limitado al texto completo o con escaso rigor metodológico.

De forma complementaria, se incorporó un abordaje cualitativo mediante la realización de una entrevista semiestructurada a una mujer que había experimentado una pérdida perinatal. La selección de la participante se realizó

por conveniencia, garantizando en todo momento la voluntariedad de su participación. La entrevista tuvo como finalidad explorar en profundidad la experiencia vivida tras el alta hospitalaria, así como identificar necesidades, percepciones sobre la atención recibida y posibles áreas de mejora.

La recogida de datos se llevó a cabo en un entorno que garantizaba la confidencialidad y el bienestar de la participante. Se utilizó un guion de preguntas abiertas previamente diseñado, lo que permitió orientar la conversación sin limitar la expresión libre de la entrevistada. Los temas abordados incluyeron la vivencia del alta hospitalaria, las emociones en el domicilio, el seguimiento por parte de los profesionales sanitarios y las necesidades percibidas durante el proceso de duelo.

En relación con los aspectos éticos, se obtuvo el consentimiento informado de la participante antes de la realización de la entrevista, asegurando el anonimato y la confidencialidad de la información recogida. Asimismo, se respetó en todo momento su derecho a no responder a determinadas preguntas y a interrumpir la entrevista si así lo deseaba.

Finalmente, la información obtenida a partir de la revisión bibliográfica se empleó para contextualizar y fundamentar el marco teórico del trabajo, mientras que los datos procedentes de la entrevista se analizaron de forma descriptiva, organizándose en categorías temáticas que permitieran integrar la experiencia de la participante con la evidencia científica disponible.

MARCO TEÓRICO

La base de evidencia sobre el seguimiento del duelo perinatal ha crecido significativamente en las últimas décadas, incorporando tanto guías clínicas basadas en consenso de expertos como estudios cualitativos que exploran las experiencias y necesidades de las mujeres afectadas. Aunque la evidencia disponible es heterogénea en términos de diseño metodológico y calidad, existe un consenso creciente sobre la necesidad de cuidados estructurados y respetuosos que se extiendan más allá del alta hospitalaria.

Una de las contribuciones más significativas en este campo proviene del grupo PSANZ (Perinatal Society of Australia and New Zealand), que ha desarrollado guías clínicas específicas para la atención perinatal tras mortinato o muerte neonatal. Estas guías presentan 49 recomendaciones dirigidas tanto a profesionales sanitarios como a estructuras asistenciales, abarcando aspectos que van desde la comunicación de la noticia hasta el seguimiento a largo plazo [6]. Las recomendaciones enfatizan la importancia de una atención respetuosa, centrada en la familia y culturalmente sensible, que reconozca la pérdida perinatal como un evento significativo que requiere respuesta institucional coordinada.

Los estudios cualitativos que han explorado las perspectivas de las madres que han experimentado pérdidas perinatales subrayan consistentemente la necesidad de continuidad de la atención tras el alta hospitalaria. Las mujeres entrevistadas en estos estudios enfatizan la importancia del cribado psicológico sistemático y del acceso a apoyo profesional durante el período posterior al alta, cuando la realidad de la pérdida se hace más evidente en el contexto de la vida cotidiana [7].

Desde la perspectiva de la atención primaria, se han desarrollado herramientas y guías prácticas específicas para el seguimiento en consulta. Estas guías detallan los componentes esenciales de la evaluación física y emocional, así como el registro adecuado del proceso de duelo en la historia clínica [8]. La disponibilidad de estas herramientas facilita la implementación de protocolos de seguimiento estructurados en el primer nivel asistencial.

El papel de las enfermeras y matronas en el cuidado del duelo perinatal ha sido objeto de revisiones sistemáticas recientes. Estas revisiones indican que estos profesionales ocupan un papel central en el acompañamiento del duelo, pero también identifican importantes necesidades de formación y la ausencia de contenidos específicos sobre duelo perinatal en muchos currículos de formación sanitaria [9], [10]. Esta brecha formativa representa una barrera significativa para la provisión de cuidados de calidad y ha motivado llamadas a la acción para integrar competencias en duelo perinatal en la formación pregrado y posgrado de profesionales de la salud.

En conjunto, la evidencia científica disponible respalda firmemente la necesidad de seguimiento estructurado del duelo perinatal desde atención primaria, con protocolos claros que incluyan evaluación física y psicológica, apoyo emocional, educación a las familias y coordinación con recursos especializados cuando sea necesario.

RESULTADOS

Necesidades de las mujeres tras el alta hospitalaria

El período posterior al alta hospitalaria tras una pérdida perinatal se caracteriza por múltiples necesidades que abarcan las dimensiones física, emocional, asistencial y social. La identificación y respuesta adecuada a estas necesidades es fundamental para prevenir complicaciones y facilitar un proceso de duelo saludable.

1. Necesidades emocionales

El apoyo psicológico continuo constituye una necesidad prioritaria identificada consistentemente por las mujeres que han experimentado pérdidas perinatales. Los estudios cualitativos revelan que las madres requieren acceso a cribado psicológico sistemático y a consejo psicológico profesional durante el período posterior al alta ^[7]. La ausencia de este apoyo puede contribuir al desarrollo de duelo complicado, depresión mayor, trastorno de estrés postraumático y ansiedad anticipatoria en embarazos posteriores.

El cribado psicológico debe incluir la evaluación de síntomas depresivos, ansiedad, estrés postraumático y manifestaciones de duelo complicado. Es importante reconocer que la intensidad de las reacciones emocionales puede variar considerablemente entre mujeres y que no existe un "duelo normal" único. Sin embargo, la persistencia de síntomas graves más allá de los primeros meses, la incapacidad para retomar actividades cotidianas o la presencia de ideación suicida constituyen señales de alarma que requieren derivación urgente a servicios especializados de salud mental.

2. Necesidades físicas

Aunque el duelo perinatal se asocia frecuentemente con necesidades emocionales, las necesidades físicas no deben ser descuidadas. La valoración y seguimiento físico tras la pérdida perinatal debe incluir el control de sangrado, dolor, complicaciones posparto y la supresión de la lactancia cuando sea necesario ^[8]. Las mujeres que han experimentado un parto vaginal o cesárea requieren los mismos cuidados físicos que cualquier puérpera, con la complejidad añadida de que estos cuidados deben proporcionarse en el contexto del duelo.

La evaluación física en las visitas de seguimiento en atención primaria debe incluir la exploración de la involución uterina, la valoración de la cicatrización (en caso de episiotomía o cesárea), el control de la presión arterial (especialmente en mujeres con antecedentes de preeclampsia), y la evaluación de síntomas físicos que puedan estar relacionados con el estrés emocional, como cefaleas, trastornos del sueño o síntomas gastrointestinales.

3. Necesidades asistenciales

La coordinación y continuidad asistencial emergen como necesidades fundamentales en el período posterior al alta. Los estudios sugieren que la implementación de sistemas de seguimiento estructurado de la madre (*Comprehensive Mother Tracking System*) y la derivación coordinada a recursos especializados mejoran significativamente la continuidad de cuidados ^[7].

Las necesidades asistenciales incluyen el acceso facilitado a consultas de seguimiento, la disponibilidad de contacto telefónico con profesionales de referencia, la coordinación entre niveles asistenciales (hospital-atención primaria), y el acceso a información clara sobre recursos disponibles. La fragmentación de la atención y la falta de comunicación entre profesionales constituyen barreras importantes que pueden agravar el sentimiento de abandono experimentado por muchas mujeres tras el alta.

4. Necesidades de apoyo social

El soporte familiar y de pares (pareja, familia extensa, grupos de apoyo) constituye un elemento clave para el afrontamiento del duelo perinatal. Los estudios cualitativos identifican repetidamente el apoyo social como un factor protector fundamental [7]. Las mujeres que cuentan con redes de apoyo sólidas y que pueden expresar abiertamente su dolor tienden a experimentar procesos de duelo menos complicados.

Sin embargo, es importante reconocer que el entorno social no siempre proporciona el apoyo adecuado. El estigma asociado a la pérdida perinatal, la minimización del dolor ("puedes tener otro hijo"), y la incomodidad de familiares y amigos ante el duelo pueden contribuir al aislamiento social de las mujeres afectadas. En este contexto, los grupos de apoyo de pares (mujeres que han experimentado pérdidas similares) pueden proporcionar un espacio de validación y comprensión que complementa el apoyo profesional.

Intervenciones recomendadas desde atención primaria

Las intervenciones desde atención primaria para el seguimiento del duelo perinatal deben combinar evaluación estructurada, apoyo psicológico y coordinación con recursos especializados. Las guías clínicas y la evidencia disponible sugieren componentes específicos que pueden integrarse en protocolos locales adaptados a cada contexto asistencial.

1. Evaluación estructurada

La valoración física y emocional en visitas programadas constituye el pilar fundamental del seguimiento desde atención primaria. Esta evaluación debe incluir la historia detallada del evento (circunstancias de la pérdida, atención recibida en el hospital, comprensión de las causas), el cribado de depresión y ansiedad mediante instrumentos validados, y la documentación del proceso de duelo en la historia clínica [8].

Se recomienda programar al menos tres visitas de seguimiento: una primera visita en las primeras dos semanas tras el alta (enfocada en la evaluación física

y el establecimiento de la relación terapéutica), una segunda visita al mes (evaluación del proceso de duelo y cribado psicológico), y una tercera visita a los tres meses (evaluación de la evolución y planificación de embarazos futuros si procede). Este esquema puede adaptarse según las necesidades individuales de cada mujer.

2. Facilitación de la expresión emocional

La creación de espacios de escucha no juzgadora y la revisión conjunta de los eventos constituyen intervenciones terapéuticas fundamentales recomendadas tanto en guías clínicas como en guías prácticas [6], [8]. Los profesionales de atención primaria deben facilitar que las mujeres y sus parejas puedan narrar su experiencia, expresar sus emociones y hacer preguntas sobre lo ocurrido.

Esta facilitación requiere habilidades específicas de comunicación, incluyendo la escucha activa, la validación de las emociones, la tolerancia al silencio, y la capacidad de permanecer presente ante el dolor sin intentar "arreglarlo" o minimizarlo. Es importante que los profesionales reconozcan que la expresión emocional puede incluir manifestaciones intensas de dolor, rabia o culpa, y que estas expresiones forman parte del proceso normal de duelo.

3. Cribado y derivación

El cribado psicológico sistemático y la derivación oportuna a salud mental o servicios especializados cuando sea necesario constituyen una recomendación recurrente en la literatura [11], [12]. El cribado debe realizarse en todas las visitas de seguimiento utilizando instrumentos validados para la detección de depresión (como el *Edinburgh Postnatal Depression Scale*), ansiedad (como el *GAD-7*) y estrés postraumático (como el *Impact of Event Scale-Revised*).

Los criterios de derivación a salud mental especializada incluyen: puntuaciones elevadas en instrumentos de cribado, ideación suicida, síntomas psicóticos, duelo complicado (incapacidad persistente para aceptar la pérdida más allá de los 6-12 meses), trastorno de estrés postraumático, o solicitud explícita de la mujer de apoyo psicológico especializado. La derivación debe ser ágil y

coordinada, evitando listas de espera prolongadas que pueden agravar el sufrimiento.

4. Educación y recursos

La provisión de información y educación para padres sobre el proceso de duelo, señales de alarma y recursos comunitarios debe iniciarse antes del alta hospitalaria y reforzarse en las visitas de atención primaria ^[7], ^[8]. La información debe proporcionarse de forma gradual, adaptada al momento del proceso de duelo y a las necesidades específicas de cada familia.

Los contenidos educativos deben incluir: información sobre las reacciones normales de duelo y su evolución temporal, señales de alarma que requieren consulta urgente, estrategias de autocuidado, recursos comunitarios disponibles (grupos de apoyo, asociaciones de familias), información sobre embarazos posteriores y su planificación, y recursos bibliográficos o en línea de calidad. Es importante proporcionar esta información tanto de forma verbal como por escrito, ya que la capacidad de retención de información puede estar disminuida en el contexto del duelo agudo.

5. Programas comunitarios

Las intervenciones desde enfermería comunitaria, como programas específicos de acompañamiento de duelo perinatal, han sido descritos en la literatura como modelos prometedores de apoyo extrahospitalario ^[11]. Estos programas suelen incluir visitas domiciliarias, contacto telefónico regular, grupos de apoyo facilitados por profesionales, y coordinación con recursos especializados.

Un ejemplo destacado es el programa "Brazos Vacíos", mencionado en el resumen de acciones previas, que representa un modelo de intervención comunitaria específicamente diseñado para el acompañamiento del duelo perinatal. Aunque la evidencia sobre la efectividad de estos programas es aún limitada, los estudios cualitativos sugieren que son altamente valorados por las familias y pueden contribuir a mejorar la experiencia de cuidado y los resultados del duelo.

El papel de la matrona en el acompañamiento del duelo perinatal

La matrona emerge en la literatura como un actor clave en la continuidad asistencial y el acompañamiento emocional tras una pérdida perinatal. Su formación específica en salud reproductiva, su relación previa con la mujer durante el embarazo, y su posición en la interfaz entre el hospital y la comunidad la sitúan en una posición privilegiada para proporcionar cuidados de duelo.

1. Continuidad de cuidados

El acompañamiento por la matrona favorece la continuidad entre el alta hospitalaria y la atención primaria, facilitando evaluaciones físicas y emocionales y coordinando derivaciones cuando sea necesario ^{[10], [12]}. Esta continuidad es especialmente valiosa cuando la matrona que proporciona el seguimiento es la misma que atendió a la mujer durante el embarazo, ya que existe una relación terapéutica previa y un conocimiento de la historia obstétrica y el contexto familiar.

La continuidad de cuidados proporcionada por la matrona puede incluir visitas domiciliarias en el período inmediatamente posterior al alta, consultas programadas en el centro de salud, contacto telefónico regular, y disponibilidad para consultas no programadas cuando surjan dudas o preocupaciones. Esta accesibilidad contribuye a reducir el sentimiento de abandono y proporciona un punto de referencia estable durante un período de gran vulnerabilidad.

2. Especialización en duelo perinatal

El concepto de "matronas de duelo" o matronas especializadas en pérdida perinatal ha emergido en algunos sistemas sanitarios como una respuesta a la necesidad de experiencia específica en este ámbito. Las revisiones de alcance sobre la figura de la "bereavement midwife" sugieren que estas profesionales especializadas aportan conocimientos y habilidades específicas que mejoran la respuesta institucional ante pérdidas perinatales ^[10].

Las matronas especializadas en duelo pueden desempeñar múltiples funciones: proporcionar cuidados directos a mujeres y familias, formar y asesorar a otros

profesionales, desarrollar y actualizar protocolos de atención, coordinar recursos y servicios, y participar en actividades de investigación y mejora de la calidad. Aunque no todos los sistemas sanitarios cuentan con recursos para crear posiciones específicas de matronas de duelo, el desarrollo de competencias especializadas en duelo perinatal entre las matronas de atención primaria puede contribuir significativamente a mejorar la calidad de la atención.

3. Intervención directa

La escucha activa y el cuidado psicosocial proporcionados por la matrona pueden contribuir significativamente a la recuperación emocional y física tras la pérdida [12], [13]. Las intervenciones directas de la matrona incluyen la evaluación física posparto, el apoyo emocional, la facilitación de la expresión del duelo, la educación sobre el proceso de duelo y la recuperación física, y la coordinación con otros profesionales y servicios.

Los informes y propuestas de programas locales sugieren que la intervención de la matrona es particularmente valiosa en las primeras semanas tras el alta, cuando las necesidades físicas y emocionales son más intensas y cuando el riesgo de complicaciones es mayor. La capacidad de la matrona para integrar la atención física y emocional en un enfoque holístico es especialmente apropiada para el cuidado del duelo perinatal, donde las dimensiones física y emocional están íntimamente entrelazadas.

4. Formación específica

La incorporación de competencias en duelo perinatal en los currículos de formación y en los protocolos clínicos es una recomendación recurrente en la literatura para mejorar la sensibilidad y las habilidades de matronas y enfermeras [9]. Las revisiones identifican importantes brechas formativas en este ámbito, con muchos profesionales reportando que se sienten inadecuadamente preparados para proporcionar cuidados de duelo.

La formación en duelo perinatal debe incluir contenidos sobre: las reacciones normales de duelo y sus variaciones culturales, la comunicación de malas noticias, las habilidades de escucha y apoyo emocional, el cribado y

reconocimiento de duelo complicado y trastornos mentales, los aspectos físicos del puerperio tras pérdida perinatal, los recursos disponibles y las vías de derivación, y el autocuidado profesional para prevenir el desgaste por compasión. Esta formación debe proporcionarse tanto en el pregrado como mediante formación continuada para profesionales en ejercicio.

Experiencia de una mujer tras una pérdida perinatal

A partir del relato en primera persona, se identifican diferentes dimensiones relevantes en la vivencia del duelo perinatal y en la atención recibida.

En primer lugar, la mujer describe una maternidad inicialmente idealizada, influida tanto por su experiencia personal como por su rol profesional como matrona: *“Nosotras, como matronas, la maternidad la tenemos como un poco idealizada...”*. Tras un proceso dificultoso para lograr la gestación, el embarazo se vivió como una etapa de plenitud y tranquilidad: *“Fueron nueve meses de absoluta felicidad... mi embarazo fue perfecto”*. Esta vivencia contribuye a que la pérdida sea percibida como una ruptura brusca e inesperada.

A pesar del conocimiento previo sobre posibles complicaciones, la mujer expresa la dificultad de integrar la posibilidad de muerte fetal como algo propio: *“Lo último que tú te piensas es que a ti te va a pasar... aunque sepamos que puede pasar”*. La percepción de disminución de movimientos fetales aparece como un momento clave previo al desenlace y el momento del nacimiento se describe como un episodio de gran impacto emocional, con recuerdos fragmentados debido a la sedación.

En relación con la atención recibida en el momento agudo, la mujer destaca de forma positiva el momento de la despedida: *“Tuve una despedida muy bonita porque fue desde el cariño”*. Asimismo, visibiliza el impacto diferencial en la pareja, señalando la necesidad de incluir de forma activa a ambos progenitores en el proceso de atención: *“Le costó un poco más a mi marido... es un jarro de agua fría que te llega y no sabes por dónde cogerlo.”*

Durante el proceso de duelo, identifica claramente la necesidad de apoyo psicológico: *“Yo esto sola no puedo... necesitaba a alguien que me ayudara a*

aflojar todo este nivel de emocionalidad". Asimismo, uno de los aspectos más relevantes del relato es el impacto negativo del entorno asistencial tras la pérdida, especialmente la ubicación de las mujeres en la planta de maternidad. La experiencia descrita pone de manifiesto un importante sufrimiento añadido derivado de esta organización: *"Algunas madres que acaban de dar a luz a su hijo muerto se quedan en la planta de maternidad. Eso no puede ser... escuchar un llanto, eso es una tortura."* Este malestar se extiende también al seguimiento posterior, condicionando la adherencia a los recursos disponibles. La exposición a entornos con gestantes y recién nacidos actúa como barrera para la atención psicológica: *"Lo último que quiere una mujer que acaba de perder a su hijo es ver a embarazadas y a niños."*

Este testimonio evidencia que la falta de adecuación de los espacios no solo incrementa el impacto emocional inmediato, sino que puede interferir directamente en el acceso y continuidad de los cuidados tras el alta.

Asimismo, pone de manifiesto la importancia de individualizar los cuidados frente a una atención excesivamente protocolizada: *"Vi a las compañeras como muy metidas en el protocolo, pero menos en acompañarme"*. Esto se refleja en intervenciones que no siempre se ajustan a las necesidades de la mujer.

En cuanto a la comunicación clínica, la incertidumbre emerge como un elemento especialmente difícil de manejar: *"Navegar con una incertidumbre y con un dolor es demasiado"*. La mujer valora positivamente la información proporcionada cuando esta ofrece algún marco explicativo, aunque no sea concluyente: *"A mí eso me supo a gloria... ya podía tener alguna respuesta"*.

El relato también recoge la vivencia de la culpa, descrita como persistente: *"La culpa inevitable que viaja contigo ya de por vida"*. Además, se evidencia ambivalencia emocional ante otros embarazos: *"Yo ya veía una embarazada... y pensaba 'lo que le puede tocar a esta'"*.

Finalmente, la mujer enfatiza la importancia de la continuidad asistencial más allá del alta hospitalaria, señalando como una necesidad fundamental el

acompañamiento prolongado: *“Esa mamá tiene que sentir que hay un equipo detrás de ella... que la va a seguir cuidando”*.

En conjunto, el relato pone de manifiesto la relevancia de un abordaje integral del duelo perinatal que incluya acompañamiento emocional, individualización del cuidado, mejora en la comunicación clínica, adecuación de los espacios asistenciales y continuidad en el seguimiento.

DISCUSIÓN

La evidencia revisada en este informe converge en señalar que el seguimiento del duelo perinatal desde atención primaria, con un papel central de la matrona, constituye un componente esencial de la atención integral a la mujer tras una pérdida perinatal. Sin embargo, la implementación de este seguimiento enfrenta múltiples barreras que deben ser abordadas para traducir la evidencia en mejoras reales en la práctica clínica.

Una primera barrera identificada es la ausencia de protocolos estructurados de seguimiento en muchos centros de atención primaria. Aunque existen guías clínicas y recomendaciones, su implementación es variable y depende frecuentemente de la iniciativa individual de profesionales sensibilizados. La elaboración de protocolos locales adaptados a cada contexto, que especifiquen claramente las responsabilidades, los tiempos de seguimiento, los instrumentos de cribado a utilizar y las vías de derivación, es un paso fundamental para garantizar que todas las mujeres reciban una atención de calidad.

Una segunda barrera importante es la formación insuficiente de los profesionales en duelo perinatal. Como se ha señalado, muchos profesionales reportan sentirse inadecuadamente preparados para proporcionar cuidados de duelo. Esta brecha formativa no solo afecta a la calidad de la atención proporcionada, sino que también puede generar malestar y desgaste en los propios profesionales. La incorporación de contenidos sobre duelo perinatal en los currículos de formación de matronas, enfermeras y médicos de familia, así como la provisión de formación continuada para profesionales en ejercicio, es una necesidad urgente.

Una tercera barrera es la coordinación insuficiente entre niveles asistenciales. El seguimiento efectivo del duelo perinatal requiere una comunicación fluida entre el hospital (donde se produce la pérdida y el alta) y la atención primaria (donde se realiza el seguimiento). Los sistemas de información deben facilitar la transmisión oportuna de información relevante, y deben existir canales de comunicación directa entre profesionales cuando sea necesario. La figura de la matrona, que frecuentemente trabaja en la interfaz entre ambos niveles, puede desempeñar un papel clave en esta coordinación.

Una cuarta barrera es la limitación de recursos, tanto en términos de tiempo de consulta como de disponibilidad de servicios especializados para derivación. El seguimiento adecuado del duelo perinatal requiere consultas más prolongadas que las habituales en atención primaria, así como disponibilidad para contacto no programado. Asimismo, la derivación a salud mental o a servicios especializados en duelo perinatal puede verse obstaculizada por listas de espera prolongadas o por la ausencia de estos servicios en algunas áreas. El reconocimiento institucional de estas necesidades y la asignación de recursos adecuados son fundamentales para la viabilidad de los programas de seguimiento.

A pesar de estas barreras, existen también oportunidades significativas para mejorar la atención. El creciente reconocimiento de la importancia del duelo perinatal, tanto en la literatura científica como en las políticas sanitarias, crea un contexto favorable para el desarrollo de iniciativas de mejora. La existencia de guías clínicas y herramientas prácticas proporciona una base sólida sobre la que construir protocolos locales. La motivación de muchos profesionales para mejorar la atención en este ámbito constituye un activo valioso que debe ser apoyado y canalizado.

Desde la perspectiva de la práctica clínica, varias implicaciones concretas emergen de esta revisión:

- **Establecimiento de contacto proactivo:** Los centros de atención primaria deben establecer sistemas para identificar a las mujeres que han experimentado pérdidas perinatales y contactar proactivamente con ellas

para ofrecer seguimiento, en lugar de esperar a que ellas soliciten atención.

- **Programación de visitas estructuradas:** Se recomienda programar al menos tres visitas de seguimiento en los primeros tres meses tras la pérdida, con evaluación física y psicológica en cada visita.
- **Uso de instrumentos de cribado validados:** El cribado psicológico debe realizarse de forma sistemática utilizando instrumentos validados, no basarse únicamente en la impresión clínica.
- **Facilitación de la expresión emocional:** Los profesionales deben crear espacios seguros para que las mujeres y sus parejas puedan expresar su dolor, utilizando habilidades de escucha activa y validación emocional.
- **Coordinación con recursos especializados:** Deben establecerse vías claras de derivación a salud mental, grupos de apoyo y otros recursos especializados, con seguimiento de las derivaciones realizadas.
- **Atención a la pareja y la familia:** El seguimiento debe incluir atención a la pareja y, cuando sea apropiado, a otros hijos, reconociendo que la pérdida perinatal afecta a todo el sistema familiar.
- **Documentación adecuada:** El proceso de duelo y las intervenciones realizadas deben documentarse adecuadamente en la historia clínica, facilitando la continuidad de cuidados.
- **Autocuidado profesional:** Los profesionales que proporcionan cuidados de duelo deben tener acceso a espacios de supervisión y apoyo para prevenir el desgaste por compasión.

CONCLUSIONES

El duelo perinatal constituye una experiencia traumática que requiere atención sanitaria integral que se extienda más allá del alta hospitalaria. La evidencia científica disponible, aunque heterogénea, respalda firmemente la necesidad de seguimiento estructurado desde atención primaria, con un papel central de la matrona como profesional de referencia.

Las principales conclusiones de esta revisión son:

1. Existe evidencia sólida de que las mujeres que experimentan pérdidas perinatales tienen necesidades específicas (físicas, emocionales, asistenciales y sociales) en el período posterior al alta que requieren respuesta estructurada del sistema sanitario.
2. Las guías clínicas internacionales recomiendan intervenciones específicas desde atención primaria que incluyen evaluación estructurada, apoyo emocional, cribado psicológico, educación y coordinación con recursos especializados.
3. La matrona está idealmente situada para proporcionar continuidad de cuidados tras una pérdida perinatal, integrando la atención física y emocional en un enfoque holístico.
4. Las experiencias de las mujeres subrayan la importancia del seguimiento estructurado, la atención empática, y el apoyo social como elementos clave para facilitar el proceso de duelo.
5. Existen barreras importantes para la implementación de seguimiento de calidad, incluyendo la ausencia de protocolos, la formación insuficiente de profesionales, la coordinación limitada entre niveles asistenciales, y las restricciones de recursos.

Basándose en estas conclusiones, se formulan las siguientes recomendaciones:

Recomendaciones para la organización de servicios:

- Desarrollar e implementar protocolos locales de seguimiento del duelo perinatal en atención primaria, especificando responsabilidades, tiempos, instrumentos y vías de derivación.
- Establecer sistemas de identificación proactiva de mujeres que han experimentado pérdidas perinatales y de contacto estructurado para ofrecer seguimiento.
- Asignar recursos específicos (tiempo de consulta, disponibilidad de profesionales) para el seguimiento del duelo perinatal.
- Desarrollar vías de derivación ágiles a salud mental y servicios especializados, minimizando las listas de espera.

- Facilitar la coordinación entre el hospital y atención primaria mediante sistemas de información integrados y canales de comunicación directa entre profesionales.

Recomendaciones para la práctica clínica:

- Programar al menos tres visitas de seguimiento en los primeros tres meses tras la pérdida, con evaluación física y psicológica estructurada.
- Utilizar instrumentos de cribado validados para la detección de depresión, ansiedad y estrés postraumático en todas las visitas de seguimiento.
- Crear espacios de escucha no juzgadora que faciliten la expresión emocional y la elaboración del duelo.
- Proporcionar información y educación adaptada sobre el proceso de duelo, señales de alarma y recursos disponibles.
- Incluir a la pareja y la familia en el seguimiento cuando sea apropiado, reconociendo que la pérdida afecta a todo el sistema familiar.

Recomendaciones para la formación:

- Incorporar contenidos sobre duelo perinatal en los currículos de formación de matronas, enfermeras y médicos de familia.
- Proporcionar formación continuada para profesionales en ejercicio sobre comunicación de malas noticias, apoyo emocional, cribado de duelo complicado y autocuidado profesional.
- Desarrollar competencias específicas en duelo perinatal entre las matronas de atención primaria, considerando la creación de figuras de referencia o especialización.

Recomendaciones para la investigación:

- Desarrollar estudios de evaluación de la efectividad de programas de seguimiento del duelo perinatal desde atención primaria.
- Investigar las barreras y facilitadores para la implementación de protocolos de seguimiento en diferentes contextos.

- Explorar las experiencias y necesidades de grupos específicos (parejas, otros hijos, familias de diferentes contextos culturales) para adaptar las intervenciones.

La implementación de estas recomendaciones requiere un compromiso institucional con la mejora de la atención al duelo perinatal, el reconocimiento de esta área como una prioridad en salud de la mujer, y la asignación de recursos adecuados. Sin embargo, el impacto potencial en términos de prevención de complicaciones, mejora de la experiencia de cuidado y promoción de la recuperación justifica plenamente esta inversión.

El seguimiento del duelo perinatal desde atención primaria, con la matrona como profesional de referencia, representa una oportunidad para proporcionar cuidados verdaderamente centrados en la mujer, que reconozcan la pérdida perinatal como un evento significativo que merece respuesta compasiva y competente del sistema sanitario. Más allá del alta hospitalaria, el acompañamiento continuado puede marcar una diferencia fundamental en la vida de las mujeres y familias que atraviesan esta experiencia devastadora.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kersting A, Wagner B. Complicated grief after perinatal loss. *Dialogues Clin Neurosci*. 2012;14(2):187-94.
2. World Health Organization. Stillbirths and perinatal deaths: global estimates. Geneva: WHO; 2023.
3. Blackmore ER, Côté-Arsenault D, Tang W, et al. Previous prenatal loss as predictor of perinatal depression and anxiety. *Br J Psychiatry*. 2011;198(5):373-8.
4. O'Leary J, Warland J. Intentional parenting after perinatal loss. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2013;42(5):582-90.
5. National Institute for Health and Care Excellence. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance (CG192). London: NICE; 2020.

6. Perinatal Society of Australia and New Zealand. Clinical practice guideline for care around stillbirth and neonatal death. Version 3.4. Brisbane: PSANZ; 2018. Available from: <https://www.psanz.com.au>
7. Atashsokhan G, Farjamfar M, Khosravi A, Taher M, Keramat A. Desired care for perinatal bereavement: meeting the needs of mothers after discharge from the hospital—a qualitative study. *Inquiry*. 2024;61:469580231223763. doi:10.1177/00469580231223763
8. Centre of Perinatal Excellence (COPE). Mental health care in the perinatal period: Australian clinical practice guideline. 2nd ed. Melbourne: COPE; 2023. Available from: <https://www.cope.org.au>
9. Qian J, Chen S, Jevitt C, Sun S, Wang M, Yu X. Experiences of obstetric nurses and midwives receiving a perinatal bereavement care training programme: a qualitative study. *Front Med*. 2023;10:1122472. doi:10.3389/fmed.2023.1122472
10. Schafer R, LoGiudice JA, Hargwood P, Wilpers A. The role of midwives in US perinatal palliative care: a scoping review. *J Midwifery Womens Health*. 2024;69:875-887. doi:10.1111/jmwh.13664
11. Lobo Rincón BA, Perdomo DT, Rincón Romero K, Pulido Montes MA. Effective nursing interventions for managing maternal grief and its family due to perinatal death. *Nurs Depths Ser*. 2026;5:404. doi:10.56294/nds2026404
12. Sandall J, Fernandez Turienzo C, Devane D, Soltani H, Gillespie P, Gates S, et al. Midwife continuity of care models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2024;4(4):CD004667. doi:10.1002/14651858.CD004667.pub6
13. Xie J, Hunter A, Biesty L, Grealish A. The impact of midwife/nurse-led psychosocial interventions on parents experiencing perinatal bereavement: an integrative review. *Int J Nurs Stud*. 2024;157:104814. doi:10.1016/j.ijnurstu.2024.104814