

GRADU AMAIERAKO LANA

Erizaintzako Gradua – Leioako Atala

Berrikuspen Sistemakoa

Erizaintzaren rola dolu perinatalean: berrikuspen sistemakoa

GORANE AÑIBARRO BILBAO

2020ko apirilak 20

PROSPERO-n erregistratutako berrikuspen sistemakoa ID: 175243



Erizaintzaren rola dolu perinatalean: berrikuspen sistemakoa by Gorane Añibarro Bilbao is licensed under a [Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).

INTERES GATAZKAK

Autoreak inolako interes gatazkarik ez izatea aitortzen du.

ESKERRAK

Lehendabizi, lan honetan nire tutorea izan den Gorka Vallejo De La Hoz doktoreari eskertu nahi diot, bere esfortzu eta arduraldiagatik. Bere ezagutzak, lan egiteko modua eta motibazioa ezinbestekoak izan dira berrikuspen hau burutzeko. Lehenengo egunetik erakutsitako prestutasunak, bere izaerak eta lanarekiko duen bokazioak nire mirespena lortu dute.

Era berean, beharrezkoa ikusten dut nire ikaskideei eskertzea, haien eskuzabaltasunagatik eta lau urte hauetan zehar sostengu leiala izateagatik, erizaintza eskolako irakasleriari, haien ezagutzak transmititzeagatik eta nireak aberasteagatik, eta osasun zentro desberdinetako dozente eta tutoreei, ezeren truke beti prestasuna erakusteagatik eta egunero maila pertsonal eta profesionalean hazten laguntzeagatik.

Azkenik, nire familiari, haien sostengu iraunkor eta leialagatik, maila ekonomiko zein emozionalean. Jada ez daudenei, gaur egun naizen pertsona eraiki duten baloreak erakusteagatik eta haiei esker, benetan lanbide honetan aritu nahi nuela ohartzeagatik. Egun baten aukeratu nuen familiari, diren bezala izateagatik eta momentu on zein txarrenetan nire ondoan egoteagatik. Haiei guztiei, eskerrak.

LABURPENA

Erizaintzaren rola dolu perinatalean: berrikuspen sistematikoa

Sarrera eta helburua: Heriotza perinataleko familietan zein osasun profesionalengan emozio desberdinak eta dolu prozesua pizten duen ezusteko gertakaria da. Berrikuspen sistematiko honen helburuak heriotza perinatalari aurre egiteko erizainen gaitasuna determinatzea eta gurasoen dolua eramangarriagoa egiteko interbentzio efektiboak identifikatzea dira.

Metodologia: PRISMA ezarpenetan oinarritutako berrikusketa sistematikoa. Lau datu baseetan (Medline, Web of Science, Scopus eta Cochrane Library) erabili zen bilaketa protokoloa zehaztu zen, eta 2009ko urtarrila eta 2020ko urtarrila artean egindako behaketazko hainbat ikerlan erantsi zitzaizkion.

Emaitzak: Berrikusketarako, kohorteseko ikerketa prospektibo bat eta kalitate metodologiko eskasa duten zeharkako 10 ikerlan deskriptibo erabili ziren: horietako zortzitan heriotza perinataleko pairatu zuten ama edota aiten testigantzak erabili ziren, beste bitan osasun profesionalenak, eta beste batean, aita, ama eta profesionalen testigantzak erabili ziren. Osasun-profesionalek zainketa fisikoetan zentratzeko joera dute; gurasoek haien egoera emozionalari buruz galdetuak izatea, haurtxoari identitatea ematea, familiako kide kontsideratzea eta haren memoriak sortzea eskertzen dute.

Ondorioak: Osasun-profesionalen prestakuntza falta badago ere, alderdi emozionala tratatzeak eta gurasoak haurtxoaren memoriak sortzera animatzeak dolu prozesuan lagun dezakete.

Hitz gakoak [DeCS]: heriotza perinataleko, hilkortasun perinataleko, dolu perinataleko, guraso atsekabetuak, erizaintzaren rola.

RESUMEN

Rol de la enfermería en el duelo perinatal: una revisión sistemática

Introducción y objetivo: La muerte perinatal y neonatal es un suceso inesperado que desencadena diferentes emociones y un proceso de duelo tanto en familiares como en profesionales de la salud. Los objetivos de esta revisión sistemática se centran en determinar la capacidad de la enfermería para afrontar la muerte perinatal e identificar intervenciones efectivas para hacer un duelo menos traumático.

Metodología: Revisión sistemática en base a las disposiciones PRISMA. Se elaboró un protocolo de búsqueda que se utilizó en cuatro diferentes bases de datos (Medline, Web of Science, Scopus y Cochrane Library) y se incluyeron estudios observacionales publicados entre enero de 2009 y enero de 2020.

Resultados: La revisión se realizó a partir de 11 estudios descriptivos transversales de escasa calidad metodológica: en 8 de ellos se contó con los testimonios de padres y/o madres, en 2 de ellos con el de profesionales de la salud y en otro con el padres, madres y médicos, y un estudio de cohortes prospectivo realizado sobre 26 madres que sufrieron una muerte perinatal. Los profesionales de la salud tienden a centrarse en el cuidado físico; los padres agradecen ser preguntados por su estado emocional, dar identidad al bebé, considerarlo un miembro más de la familia y crear memorias del mismo.

Conclusiones: A pesar de la falta de formación del personal sanitario, tratar el aspecto emocional y animar a crear memorias del bebé pueden ayudar en el proceso de duelo.

Palabras clave [DeCS]: muerte perinatal, mortalidad perinatal, duelo perinatal, padres desconsolados, rol de enfermería.

ABSTRACT

The role of nursing in perinatal grief: a systematic review

Background and objective: Perinatal death is an unexpected event that triggers different emotions and a grieving process in families and also in health care professionals. The aims of this systematic review are to assess nursing ability to cope with perinatal death and determine effective interventions to make a bearable grief in parents who have suffered perinatal death.

Methods: A PRISMA-based Systematic Review was performed. A search protocol was developed to be used in 4 databases (Medline, Web of Science, Scopus and Cochrane Library). Observational studies published between January 2009 and January 2020 were included.

Results: The review was done from one prospective cohort study and 11 cross-sectional descriptive studies with limited methodological quality: in 8 testimonies of fathers and/or mothers who have suffered perinatal death were used, in 2 others healthcare professionals' testimonies and in another one fathers', mothers' and professionals' testimonies were used. Health care professionals tend to focus on physical care; parents appreciate being asked about their emotional state, giving an identity to the baby, considering him or her as a family member and creating baby's memories.

Conclusions: Despite the lack of training of health care professionals, treating the emotional aspect and encouraging parents creating baby's memories can help in the grieving process.

Key Words [DeCS]: perinatal death, perinatal mortality, perinatal grief, bereaved parents, nursing role.

LABURDURAK ETA AKRONIMOAK

INE: *Instituto Nacional de Estadística*. Izaera administratiboa duen erakunde autonomoa, nortasun juridiko eta berezko ondarea duen erakunde. Ekonomia eta Eraldaketa Digitaleko Ministeriora atxikita dago Ekonomiako eta Enpresarako Laguntzako Estatuko Idazkaritzaren bidez.

TOEN: *Trauma Osteko Estresaren Nahasmendua*. Gertakari traumatiko bat pairatu ostean, zenbait pertsonen garatzen duten eritasun mentala.

PSANZ: *The Perinatal Society of Australia and New Zealand*. Emakumeen eta haien haurtxoen osasuna eta epe luzerako emaitzak hobetzeko jarduten duen diziplina anitzeko elkarte.

ZIUN: *Zainketa Intentsiboko Unitate Neonatala*. Terminora heldu aurretik jaiotako haurrentzako, oso goiztiarrak diren edo gaitz mediko larria dutenentzako ospitaleko unitate berezia.

AURKIBIDEA

1.	SARRERA	1
2.	HELBURUAK	3
3.	METODOLOGIA.....	4
3.1	Informazio iturriak eta bilaketa estrategiak	4
3.2	Ikerlanen aukeraketa.....	4
3.3	Datuen erauzketa, sailkapena eta emaitzen ebaluaketa.....	5
4.	EMAITZAK.....	6
4.1	Barneratutako artikuluen deskripzioa	6
4.2	Ikerlanen emaitzen deskripzioa.....	7
4.2.1	Erizainen emozioak.....	7
4.2.2	Komunikaziorako gaitasuna.....	7
4.2.3	Familiari zuzendutako zainketak.....	8
4.2.4	Memoriak sortzen	8
4.2.5	Ingurune fisikoa	8
4.2.6	Esaldi kaltegarriak.....	9
5.	EZTABAIDA	15
6.	ONDORIOAK	19
7.	BIBLIOGRAFIA.....	20
8.	ERANSKINAK.....	23

1. SARRERA

Herrialdeen arteko desberdintasunak aurkitu dira heriotza perinatalaren definizioari dagokionez¹. Definizio zabalena kontuan hartuz, haurdunaldiaren 22. astearen eta gehienez bizitzako lehenengo 27 egunen artean gertatzen den heriotza da, edo, definizio mugatuenaren arabera, 28. ernaltze-asteen eta jaiotza ondorengo 6 egunen artean gertatutakoa². 20. ernaltze-astea baino lehen gertatutako heriotza fetala berezko abortu bezala definitzen da; heriotza fetal goiztiarra 20-27. ernaltze-asteetan gertatutakoa da eta heriotza fetal berantiarra 28. ernaltze-astetik aurrera gertatutakoa³.

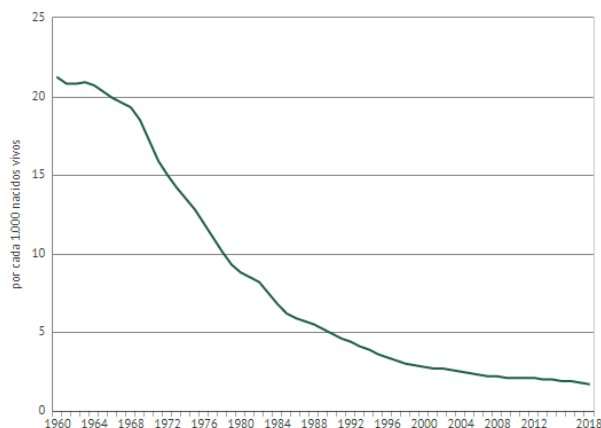
Azkenengo hamarkadetan, zifra hauek nabarmen jaitsi badira ere, urtero, mundu mailan 2.6 milioi heriotza perinatal inguru erregistratzen dira⁴. 2018an munduan 2.5 milioi haur hil ziren bizitzako lehenengo hilabetean; 7.000 jaioberri inguru hiltzen dira egunero, heren bat jaiotzaren egunean hiltzen direlarik eta hiru laurden bizitzako lehenengo astean zehar⁵.

Aurkitutako azkenengo datuek erakusten dutenez, heriotza perinatalaren zifrek behera egin dute. Espainian, 1996tik 2016ra heriotza perinatalaren zifrak %29.2an murriztu dira, azkenengo hamarkadan murriztea askoz geldoagoa izan bada ere². Segidan aurkeztutako taulan INEren datuetan oinarrituz eta deklaritzen ez diren kasuen estimazioa eginez, azkenengo urteetako heriotza perinatalaren tasak jasotzen dira (**1. taula**).

Urtea	1996	2001	2006	2011	2016
Hilkortasun perinatal tasa	8.1	7.2	6.3	6.0	5.7

1. taula: Bizirik jaiotako 1.000 haurretatik, bizirik zein hilda jaiotako haur kopurua (1996-2016)²

Era berean, lortutako datu eguneratuen arabera, 2018an erregistratutako hilkortasun neonatalaren tasa bizirik jaiotako 1.000 haurretatik 1,7koa zen⁶. Hurrengo grafikoak (**1. figura**) 1960. urtetik hilkortasun neonatalaren tasaren bilakaera laburbiltzen du.



1. figura: *Hilkortasun neonatalaren tasaren bilakaera (1690-2018)*⁸

Heriotza perinatal zein neonatalaren ondorengo gurasoen dolua haurtxoaren galeraren aurrean ematen den erantzun afektibo ohikoa da, sintoma somatiko, psikologiko eta portaeraren sintomak barnebiltzen dituelarik. Hildako izakiarekin lotura emozionalak apurtzen doaz eta bizitza arrunta berrezartzen da^{1,4,7}. Tristura, insomnio, anorexia eta pisu-galera ager daitezke⁷. Gainera, haurdunaldi galerak ezustekoak eta bat-batekoak direnez, gurasoek ez dute dolua aurreratzeko edo egoera-aldaketari moldatzeko denborarik⁸.

Dolu “arrunt” baten iraupena eta azalera kulturaren araberakoa da. Horrek ere nahasmendu psikiatrikoak garatzean izango du eragina. Dolu perinatalaren ondorioz, nahasmendu depresiboak, antsietate nahasmenduak eta trauma osteko estresaren nahasmendua sor daitezke (TEON)⁷.

Aurrekoaren ildora, galera perinatalaren ondorioak aztertzen dituzten ikerketa gehienek hildako haurraren ama kokatzen dute gehien kaltetutako pertsona bezala, baina familiako beste kideek ere dolua pairatu dezakete eta arreta berdina merezi dute⁸.

Horrelako gertakari baten ondorioak ez dira soilik negatiboak. Zenbait ikerketetan jaso denari erreparatuz, guraso batzuek bikote sendoago sentitzen ziren eta guraso harrotasuna adierazten zuten haurtxoarekin kontaktua izan zuten gurasoek. Beste guraso batzuek, hildako jaioberria ikustea edo hartzea erabakitzeak dolu prozesuan lagundu zuela adierazi zuten^{4,8}.

Justifikazioa

Heriotza perinatal eta neonatala inguratzen duten inguruabarrek dolu prozesuaren egokitzapen handiagoa edo txikiagoa baldintza dezakete. Beste batzuen artean, heriotzaren uneak eta talde obstetrikorengandik jasotako tratuak dolu prozesuan eragin dezakete. Espero ez diren heriotzak, erditze momentuan gertatzen direnak eta jaiotzaren ostean gertatzen direnak heriotza traumatikoenak dira, eta osasun profesionalen jokabideek ondorio negatiboak izan ditzakete familiaren dolu prozesuan^{1,9}.

Osasun profesionalengan heriotza perinatalak zein neonatalak duen efektua horren aurrean jokatzeko moduaren eta epaituak izatearen beldur izatea da⁴. Talde multidiziplinarretako osasun profesionalen prestakuntza falta identifikatu da eta horrelako galera bati aurre egiteko prestakuntza eta ebidentziaren garrantzia azpimarratzen da^{1,4,9}. Arrazoi hauek guztiak direla eta, berrikuspen sistematiko hau egitea erabaki da.

2. HELBURUAK

Berrikuspen honen helburu nagusiak bi dira:

1. Heriotza perinatalari aurre egiteko erizainen gaitasuna determinatzea.
2. Heriotza perinatala pairatu duten gurasoen dolua eramangarriagoa egiteko interbentzio efektiboak identifikatzea.

3. METODOLOGIA

3.1 Informazio iturriak eta bilaketa estrategiak

Berrikuspen sistematiko bat egin zen PRISMA ezarpenetan oinarrituta. Datu baseetan hasierako bilaketa bukatu aurretik, bere metodologian gardentasuna eskaintzeko helburuarekin, berrikuspen proiektuaren erregistroa gauzatu zen berrikuspen sistematikoen Prospero erregistro internazionalan (ID: 175243), York Unibertsitateko (Erresuma Batua) National Institute for Health Research-eko Centre for Reviews and Dissemination-en eskutik argitaratua. Entsegu klinikoekin gertatzen den moduan, berrikuspen prozesua egin aurretik lanaren protokoloaren erregistroak bikoizketak ekiditen ditu, alborapen arriskua txikiagotzen du eta lortutako emaitzen inpartzialtasuna eta gardentasuna bermatzen du.

Bilaketak hurrengo datu baseetan egin ziren: MEDLINE (PubMed-en bitartez), Web Of Science (WOS), Scopus-ean eta Cochrane Library-ean.

Bilaketa estrategiak datu base desberdinetara moldatuak izan ziren, kontrolatutako hiztegia eta testu libreko terminoak aldizkatuz (**2. taula**). Burututako bilaketa aldia 2019ko abendutik 2020ko urtarrilerarte izan zen.

Alderantzizko bilaketa bat gauzatu zen, bilaketa sekundario gisa, aukeratutako artikuluen erreferentzia bibliografikoak erabiliz, lehenengo estrategian aurkitu ez ziren garrantzizko artikulua berreskuratzeko asmoz.

3.2 Ikerlanen aukeraketa

Testu osoa lortzeko aukera zuten eta heriotza perinatalari aurre egiten zioten osasun profesionalen esperientziak eta praktikak ikertzen zituzten behaketazko ikerlanak eta entsegu klinikoak aukeratu ziren, baita heriotza perinatala pairatzen zuten gurasoen esperientziak aztertzen zituztenak ere. Ez ziren barneratuak izan 2009 baino lehenago argitaratutako ikerlanak, berrikuspen bibliografikoak, metaanalisiak, iritzi artikulua ezta gaztelaniaz edo ingelesez idatzita ez dauden lanak.

Aztertzaile bakar bat artikulua adierazgarrien aukeraketaren arduraduna izan zen bilaketa estrategia bitartez lortutako azterlanen izenburu eta laburpenen errebisioa eginez. Era berean, testuak osotasunean ebaluatu ziren barneratze irizpideak betetzen zituztela egiaztatzeko.

3.3 Datuen erauzketa, sailkapena eta emaitzen ebaluaketa

Hautatutako ikerlanak ebidentzia zientifiko mailaren eta kalitate metodologikoaren arabera aukeratu ziren, Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica de Catalunya-k proposatutako irizpideen bitartez¹⁰ (**3. taula**).

Bilaketa bukatzean, aukeratutako artikuluen ulermena errazteko PICO egiturarekin bat datorren taula batean sailkatu ziren (**4. taula**).

4. EMAITZAK

Lau datu baseetan egindako bilaketaren bitartez 320 erregistro eskuratu ziren, zeinei alderantzizko bilaketa bidez beste artikulua bat gehitu zitzaion. Lortutako 321 artikuluetatik, 131 baztertuak izan ziren bikoiztutako erregistroak izateagatik. Aukeratutako testuen izenburua eta laburpena irakurrita, 176 erregistro baztertu ziren ikerketaren galderarekin erlazio zuzena ez izateagatik. Gainerako 14 artikuluen testu osoaren irakurketa kritikoa egin zen, 2 artikulua baztertuz: horietako bat lagin oso eskasa barneratzeagatik eta beste bat bizitzako lehenengo urtean hildako haurrak barneratzeagatik, nahiz eta gaiarekin erlazio zuzena izan (**2. figura**).

Azkenik, berrikuspena 12 artikulutan oinarrituz egin zen. Artikulu guztiak behaketazko artikulua dira. Horietako 11 ebidentzia maila VIII duten zeharkako artikulua deskriptiboak dira. Horien artean, bost ikerlanek^{11,12,14,17,19} 21-189 gurasok osatutako lagina erabili zuten, eta bi artikuluk^{15,18} 21-796 amek osatutako lagina erabili zuten. Beste bi artikuluk^{13,22} 16-19 osasun profesionalekin osatu zuten lagina. Kelley et al²⁰-en artikuluan 14 guraso eta 8 medikuk parte hartu zuten, eta Cacciatore et al²¹-en artikuluan 131 aitek osatutako lagina erabili zuten. Ebidentzia maila VI duen ikerlan bakarra 37 gurasok osatutako laginaz baliatu zen kohorteseko ikerlan prospektiboa¹⁶ izan zen.

Datuen bilketa elkarrizketa^{11-14,18,20,22} edo galdetegi^{15-17,19,21} bidez egin zen. Zazpi ikerlanek^{11-14,18,20,22} transkribatutako audioz grabatutako elkarrizketak egin zituzten heriotza perinatala bizi izan zuten guraso eta osasun profesionalen esperientzia ezagutzeko. Beste 5 artikuluetan^{15-17,19,21} parte-hartzaileek Internet bidez osatutako galdetegietan oinarritu zituzten emaitzak.

Artikulu bakoitzetik lortutako datuak taula batean adierazi ziren (**4. taula**).

4.1 Barneratutako artikuluen deskripzioa

Ikerlanen metodologia heriotza perinatalari aurre egin zioten guraso zein osasun profesionalen esperientzia ezagutzeko oinarritu zen. Horietako bi^{11,14} Gadamer-en fenomenologia hermeneutikoan oinarritu ziren eta beste bi^{18,22} ikuspuntu fenomenologikoa zuten.

Barneratutako artikuluetatik, 6 artikuluk^{11,12,14,15,17,21} gurasoen testigantzaz baliatzen dira osasun profesionalen aldetik jasotako sostengua eta sostengu horren kalitatea ebaluatzeko. Fernández-Alcántara et al¹³ eta Pastor et al²²-en artikuluetan diziplina anitzeko osasun profesionalen testigantzan oinarrituta, haien esperientzia eta praktikak eta heriotza perinatalari aurre egiteko estrategiak aztertzen ziren, hurrenez hurren.

Beste alde batetik, Wilson et al¹⁶-en eskutik egindako ikerlanetan hildako haurtxoarekin begi-kontaktuak eta kontaktu fisikoak epe labur eta luzean duen eragina aztertzen zuen. Ryninks et al¹⁸-en azterlanean haurtxoa hartzeak eta ikusteak epe luzean duen eragina ikertzen zen amen testigantzaz baliatuz. Blood et al¹⁹-ek egindako ikerketan hil ondorengo argazkien bidez sortutako memoriak gurasoen dolu prozesuan duten eragina aztertzen zuen amen kontakizunean oinarrituta. Kelley et al²⁰-ek egindako ikerlanean, berriz, guraso eta medikuen testigantza bitartez heriotza perinatalaren esperientzia aztertzen da.

4.2 Ikerlanen emaitzen deskripzioa

4.2.1 Erizainen emozioak

Osasun profesionalen emozioak aztertu dituzten ikerlanek^{13,22} tristura, mina, antsietatea eta segurtasun falta bezalako sentimenduak agertzen zirela zehaztu zuten. Horietako ikerketa batean¹³ zehaztu zen erizainek bakardadea eta tristura adierazten zutela taldearen aldetik sumatutako sostengu faltagatik.

Gainera, erizainen erantzun emozional ohikoa egoera ekiditea eta zainketa fisikoetan zentratzea da estresa eta antsietatea kontrolatzeko²². Ikerlanetako batek²⁰ osasun profesionalak haien tristura eta dolua alde batera uzten zutela adierazi zuen, familiarentzako azalpen bat bilatzen saiatzen zirelarik.

4.2.2 Komunikaziorako gaitasuna

Gurasoek komunikazio falta adierazten zuten^{11,14,20}. Osasun profesionalak zailtasunak aurkitzen zituzten heriotza perinatalaren berri ematean. Era berean, erizainek diagnostikoa egin ondoren gurasoek izan zitzaizketen erreakzioei buruz, prozedura burokratikoari buruz eta informazio iturri edo laguntza-taldeei buruz eskura zuten informazioa eskasa zela zehazten zuten.

Camacho et al¹¹ heriotza perinatal zein neonatalaren prozesuan zehar komunikazio faltak gurasoen mina eta atsekabea handiagotzen zela identifikatu zuten. Kelley et al²⁰-en ikerlanean ere, gurasoak ospitalera heltzen zirenetik erditu bitartean harrিতa, “iluntasunean” edo gaizki informaturik sentitzen zirela antzeman zen.

4.2.3 Familiari zuzendutako zainketak

Gurasoei zuzendutako zainketak aztertu zituzten ikerlanek^{11,12,17,20,21} adierazi zuten gurasoek eskertzen zutela jasotako zainketak sentimenezkoak eta ulerkorrak izatea. Gurasoek eskertzen zuten erizainek haurtxoa gizabanakotzat eta familiako kideztat hartzea, haien gurasotasuna eta dolua aintzat hartzea eta egoerari beharrezko garrantzia ematea. Eskertzen zuten erizainek gurasoekin denbora igarotzea eta enpatia eta sostengu emozionala ematea.

Gida batean oinarritutako zainketen kalitatea neurtzen duen ikerlanean¹⁷ adierazi zen zainketa integrala eta gizatiarra eskaintzen duen gidak praktikan jarri zirenetik, ospitale eremuan jasotako zainketekin asebetetze maila handiagoa zela.

4.2.4 Memoriak sortzen

Hainbat azterlanek memoriak sortzearen eta erritualak egitearen garrantzia azpimarratzen zuten^{11,14,15,17-22}. Haurtxoarekin begi kontaktua zein kontaktu fisikoa izateak, argazkiak egiteak, oin edo esku markak egiteak eta kulturaren arabeko erritualak egiteak dolu prozesuan laguntzen zuten. Guraso askok aurreikusten ez zuten egoera zen, eta esperientzia latza bazen ere, osasun profesionalek gomendatu izana eskertzen zuten, izango zuten haurtxoaren oroitzapen bakarrak baitziren.

Wilson et al¹⁶-ek adierazi zuten kontaktu fisikoa eta begi kontaktua izateak intentsitate handiagoko dolua sortzen zuela gurasoengan, buruko osasun nahasteen adierazle izan gabe.

4.2.5 Ingurune fisikoa

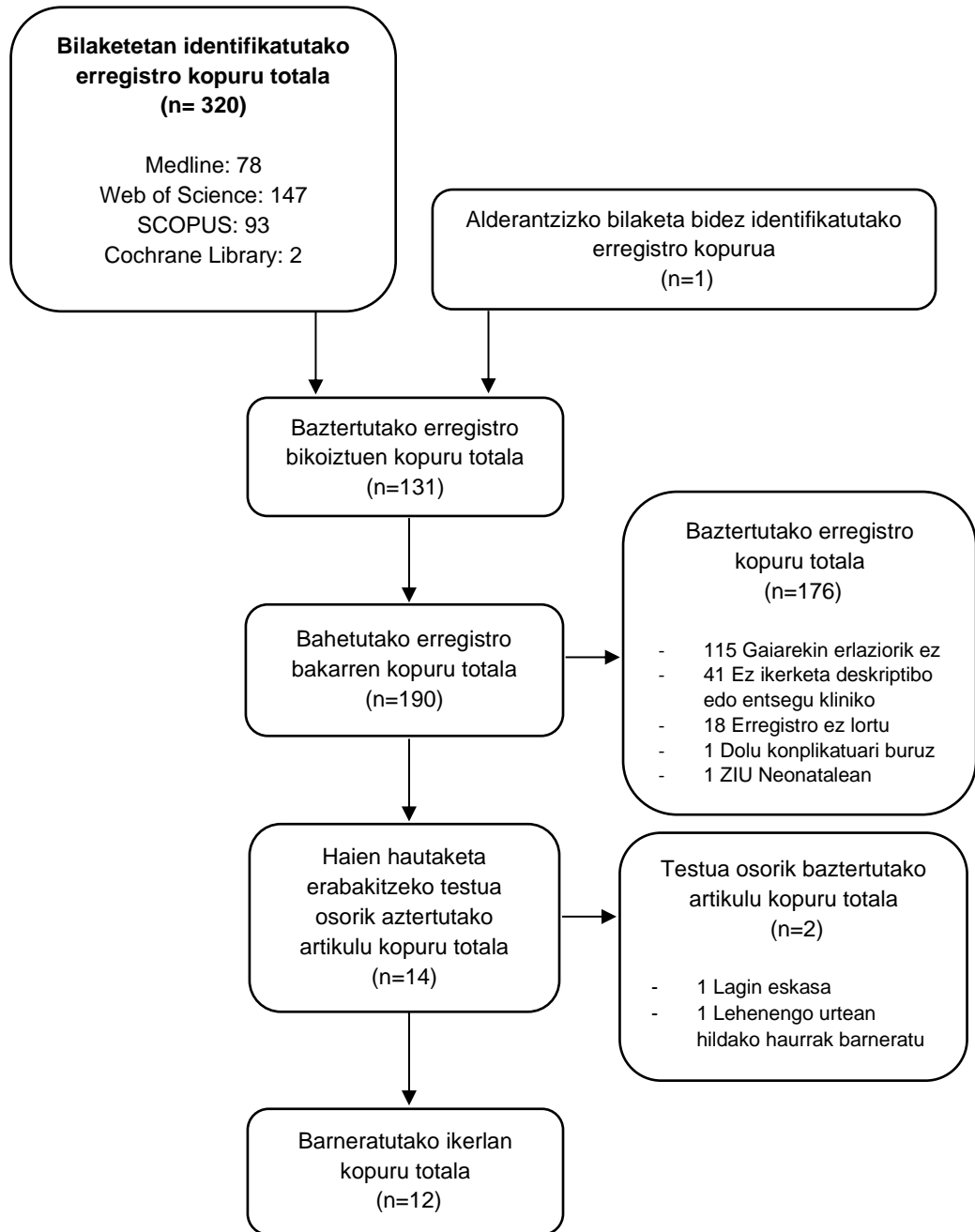
Ingurune fisikoari dagokionez, orokorrean, dolu prozesuan kontrako eragina izan dezake^{11,12,13,20}. Haur osasuntsuak izan dituzten beste emakumeekin unitate berdinak partekatzean gurasoen sufrimendua areagotzen zela adierazten zen.

Beste jaioberrien negarra entzuteak eta haur osasuntsua izatearen alaitasuna hautemateak esperientzia traumatikoa areagotzen zuen.

4.2.6 Esaldi kaltegarriak

Gurasoen mina eta sufrimendua areagotu dezaketen esaldiak edo hitzak zehaztu zituzten hainbat ikerlanek^{11,12,14,18,20,21}. *Oraindik gazteak zarete biok; ez negar egin; egoera hau gainditu behar duzu* edo *haur gehiago izango dituzu* bezalako esaldiak erabiltzeak kontrako eragina izan zezakeen. Era berean, *fetu* terminoa erabiltzeak haren izenez edo *hautxo* hitzez deitu ordez, gurasoen emozio negatiboak areagotzen zituen.

2. figura: Ikerlanen hautaketa prozesua



2. figura: berrikuspenean barneratutako ikerlanen aukeraketa fase desberdinen azalpen diagrama.

4. taula: Barneratutako artikuluen ezaugarri nagusiak

Lehen egilea. Urtea. Herrialdea. Ikerlan mota. (Ebidentzia maila.)	Populazioa	Interbentzioa/ Konparaketa	Emaitzak	Ondorioak
Camacho-Ávila et al⁽¹¹⁾. 2020. Espainia. ZID. (VIII)	Gutxienez aurreko 2 urteetan heriotza perinatal edo neonatala pairatu zuten 13 ama eta 8 aita	Gurasoen haurraren galeraren esperientzia ezagutzea.	Zainketa fisikoei arreta gehiago emateak gurasoen haserrea, indargabetasuna eta estresa areagotzen du. Informazio egokia jasotzea eta haurtxoarekin kontaktua izatea eskertzen dute, baina ez haur osasuntsuak jaio zituzten emakumeekin espazio bera partekatzea.	Osasun profesionalen aldetik jasotako laguntza gurasoen dolu prozesuan du eragina. Haurrarekin kontaktua izateak eta memoriak sortzeak efektu onuragarriak dituzte dolu prozesuan. Beste emakumeekin espazioa partekatzeak eta informazio faltak galera zailtzen dute.
Farrales et al⁽¹²⁾. 2020. Vancouver. ZID. (VIII)	Heriotza perinatala pairatu zuten 15 ama eta 12 aita.	Heriotza perinatala pairatzean osasun profesionalekin izandako interakzioa aztertzea.	Gurasoen desira osasun profesionalek haurtxoa izaki ordezkazekin bezala ezagutzea da. Gurasotasuna eta dolua aintzat hartzea, gertaera traumatikoa eta haren naturaltasuna onartzea eta sostengurako sarbidea izatearen desira adierazten dute.	Haurra gizabanakotzat ezagutzea eta gurasotasuna eta dolua ezagutzea berehalako zainketen eta zainketa iraunkorraren gakoak dira.
Fernández-Alcántara et al⁽¹³⁾. 2019. Espainia. ZID. (VIII)	Galera perinatalaren arretan trebeak ziren 16 osasun profesional.	Gurasoekin eta taldekoekin egiten dituzten praktikak ezagutzea.	Galerarekin erlazionatutako emozio zailak eta horiek kudeatzeko trebetasun falta aurkitu dira. Zainketen gidien eskasia eta diziplina desberdinetako kideen arteko koordinazio falta ere sumatu da.	Osasun profesionalek haurrarekin eta gurasoekin egindako praktiken aniztasuna dago. Zainketen jarraipenerako gidien falta eta osasun talde koordinatu baten laguntzaren beharra dago.

ZID: zeharkako ikerlan deskriptiboa

4. taula: Barneratutako artikuluen ezaugarri nagusiak

Lehen egilea. Urtea. Herrialdea. Ikerlan mota. (Ebidentzia maila.)	Populazioa	Interbentzioa/ Konparaketa	Emaitzak	Ondorioak
Camacho-Ávila et al⁽¹⁴⁾. 2019. Espainia. ZID. (VIII)	Aurreko 5 urteetan heriotza perinatala pairatu zuten 13 ama eta 8 aita.	Gurasoen galera perinatalaren esperientzia ezagutzea.	Albistea jasotzean, gurasoek etsipena, erruduntasuna, informazio falta eta enpatia falta sumatzen dute, hildako haurra erditzeak min emozionala areagotzen duelarik. Haurrari identitatea emateko beharra adierazten dute agurra emanez, memoriak sortuz eta sinesmenen arabera errotualak eginez.	Erditze aurreko heriotza izanik, erditze prozesuak eragin fisiko eta emozional handiagoa du. Haurrari identitatea emateak, gurasoen sinesmenen arabera errotualak eta haurrari agur esateak dolu prozesua errazten dute.
Cassidy⁽¹⁵⁾. 2018. Espainia. ZID. (VIII)	Heriotza perinatala pairatu zuten 796 emakume.	Espainiako ospitaleetan umetoki-barneko heriotzaren aurrean egindako interbentzioak ezagutzea.	Haurra ikustea erabaki zuten emakumeen ehunekoak ernaltze astearekin lotura esanguratsua du ($p < 0.001$). Haurrarekin kontaktu fisikoa izateak eta haurrarekin erlazioatutako objektu edo argazkiren bat izateak lotura esanguratsua du ernaltze astearekin ($p < 0.001$). Emandako zainketetan desberdintasun esanguratsua aurkitu ziren ($p < 0.05$) ernaltze astearen eta ospitale motaren artean (publikoa edo pribatua) oinarrituta.	Emakume eta bikote guztiek zainketa aukera berdinak izan beharko lituzkete. Epe luzean, zainketa eskasek efektu negatiboak izan ditzakete buru osasunean eta dolu prozesuan. Alderdi psikosozialera zuzendutako interbentzioek zainketen kalitate pertzepzioan eragin positiboa izan dezakete.
Wilson et al⁽¹⁶⁾. 2015. Australia. KIP. (VI)	Heriotza perinatala pairatu zuten 26 ama eta 11 aita.	Hildako haurra ikusi eta hartzeak dolu prozesuan duen eragina aztertzea.	Ikusi eta hartu zuten amek dolu aktiboagoa izan zuten: 6-8 asteetara $DE=10.5$; %95 $KT=3.3-17.8$ ($p < 0.01$), 6 hilabetetara $DE=8.0$; %95 $KT=0.6-15.4$ ($p < 0.03$) eta 13 hilabetera $DE=9.9$; %95 $KT=1.8-17.9$ ($p=0.01$). Aiten arteko desberdintasuna antzeko neurrikoa zen, 13 hilabetetara arintzen zelarik: $DE=3.3$; %95 $KT=-10.6-17.1$ ($p=0.64$).	Gurasoek erabaki latzak hartu behar dituzte eta osasun profesionalen sostengua bilatzen dute. Osasun profesionalak doluaren emaitzetan epe labur zein luzean duten eraginaren inguruan ondo hezita egon behar dira.

ZID: zeharkako ikerketa deskriptiboa. KIP: Kohorteseko ikerketa prospektiboa. DE: Desbiderazio estandarra. %95 KT: %95-eko Konfiantza-tartea.

4. taula: Barneratutako artikuluen ezaugarri nagusiak

Lehen egilea. Urtea. Herrialdea. Ikerlan mota. (Ebidentzia maila.)	Populazioa	Interbentzioa/ Konparaketa	Emaitzak	Ondorioak
Basile et al⁽¹⁷⁾. 2015. Australia. ZID. (VIII)	Heriotza perinatala pairatu zuten 181 emakume, 6 gizon eta generoa zehaztu ez zuten 2 pertsona.	PSANZ gidetan oinarrituta jasotako sostengua ebaluatzea.	PSANZ gidak aplikatu eta gero, jasotako sostengu hobea adierazten dute ($p<0.001$). Jaiotzetik igarotako denboraren eta jasotako sostenguaren eta asebetetze-mailaren arteko korrelazio negatiboa ikusi da ($p<0.01$). Ez da aita eta amen arteko konparaketa esanguratsurik aurkitu.	PSANZ gidak aplikatu zirenetik jasotako sostengua hobetu da, baina ez dira osotasunean aplikatzen, profesionalen prestakuntza eta informazioaren ezagutza eskasarekin erlazionatzen delarik. Haurraren memoriak sortzea laguntza metodo eraginkorra kontsideratzen dira, gutxien egiten den interbentzioa bada ere.
Ryninks et al⁽¹⁸⁾. 2014. EB. ZID. (VIII)	Hiru hilabete aurretik heriotza perinatala pairatu zuten 21 emakume.	Hildako haurtxoarekin kontaktua izan zuten emakumeen esperientzia ezagutzea.	Emakume gehienek haurrarekin igarotako denbora balioesten dute eta esperientzia katartiko bezala definitzen dute. Oso latza bada ere, haurrarekin kontaktua izateak amatasun sentimendua pizten du. Parte-hartzaileek esperientzia surrealista eta sinesgogorra deskribatzen dute. Agur esateko eta geratutakoa ulertzeko aukera bezala ikusten dute.	Sentimendu biziak areagotzen dituen egoera da. Osasun profesionalen aldetik aurretiko prestakuntza jasotzeak, haurrarekin kontaktua izan bitartean sostengua jasotzeak eta zainketen jarraipena izateak buru osasuna mantentzen laguntzen dute.
Blood et al⁽¹⁹⁾. 2012. EEBB. ZID. (VIII)	Heriotza perinatala pairatu zuten 104 guraso.	Dolu perinatalean argazki praktika onenak ulertzeko, gurasoen esperientzia ezagutzea	Argazkiak dituzten guraso gehienek ez dute damua adierazten. Argazkiak ez duten guraso gehienek damua adierazten dute. Momentuko egoera psikologikoak eragin handia dauka erabakian, eta egoera zaila bada ere, gurasoek argazkiak hartzeko aukera ematea eskertzen dute.	Nahiz eta faltadun argazkiak izan, gurasoek sentsibilitatez egindako heriotza perinatalaren ondorengo argazkiak eskertzen dituzte. Osasun profesionalek paper garrantzitsua jokatzeko erabakia hartzeko momentuan, gurasoek haurraren memoriak sortzeko duten denbora mugatua baita.

ZID: zeharkako ikerketa deskriptiboa. PSANZ: *The Perinatal Society of Australia and New Zealand.*

4. taula: Barneratutako artikuluen ezaugarri nagusiak

Lehen egilea. Urtea. Herrialdea. Ikerlan mota. (Ebidentzia maila.)	Populazioa	Interbentzioa/ Konparaketa	Emaitzak	Ondorioak
Kelley et al⁽²⁰⁾. 2012. EEBB. ZID. (VIII)	Heriotza perinatala pairatu zuten 14 guraso eta 8 mediku.	Guraso eta osasun profesionalen heriotza perinatalaren esperientzia ezagutzea.	Medikuek ezusteko esperientzia bezala deskribatzen dute. Medikuek intentzio onez egindako saiakerak kontrako efektua dutela adierazten dute. Denbora igarota, gurasoek haurtxoa familiako kide bezala oroitzen jarraitzen dute.	Ospitaleek heriotza fetala pairatu duten familientzako trebeak diren profesionalak dituzten gune pribatuak aztertu behar dituzte, baita gurasoen beharrei erantzuteko entrenamendu programen beharra ere.
Cacciatore et al⁽²¹⁾. 2012. Suedia. ZID. (VIII)	1970-2010 artean heriotza perinatala pairatu zuten 131 aita.	Heriotza perinatala pairatzean jasotako laguntza ebaluatzea, aiten ikuspuntutik.	Tristura, haserrea edo mina bezalako sentimenduak adierazten dituzte, batez ere axolagabetasunez tratatzen dituztenean. Jasotako zainketekin eskertuta sentitzen dira memoriak sortzeko laguntza jasotzean, eta haurra jaioberri osasuntsutzat hartzean.	Aitek amek jasotako zainketa psikosozial bera jasotzea eskertzen dute, baita kexu diren aitzatzat hartzea eta haien haurra begirunez aintzat hartzea ere.
Pastor et al⁽²²⁾. 2011. Espainia. ZID. (VIII)	Amatasun unitateetan lan egiten duten 19 osasun profesional.	Osasun profesionalen heriotza perinatalaren esperientzia ezagutzea	Osasun profesionalak zainketa fisikoetan zentratzeko joera dute. Erantzun emozionala egoera ekiditea da estres profesionala kontrolatzeko. Sentimenduak areagotzen dira ernaltze asteak gora egin ahala. Gurasoen doluaren iraupena ernaltze astearen, aurretiko esperientzien eta gurasoen izaeraren arabera izango da.	Galera perinatalak diziplina anitzeko jarduera eskatzen du. Beharrezkoa da dolu perinatalaren eta komunikazio eta laguntza trebetasunen inguruko heziketa zehatza jasotzea, osasun profesionalak galera perinatala ondo kudea dezaten.

ZID: zeharkako ikerlan deskriptiboa.

5. EZTABAIDA

Emaitzak ikusita, ondoriozta daiteke heriotza perinatalari aurre egiteko erizainen gaitasuna mugatua dagoela; batez ere, formakuntza faltagatik. Gainera, zailtasunak izaten dituzte dolua pairatzen duten gurasoekin interakzionatzeko, beste osasun langileekin koordinatzeko eta euren emozioak kudeatzeko^{13,20,22}. Heriotza perinatalari aurre egiteko interbentzio ezberdinak identifikatu dira. Gurasoek balioesten dituzte haiekin denbora igarotzen duten erizainak eta zainketa fisikoetan baino, zainketa emozionalak ematen dituzten osasun-langileak^{11,12,17,20,21}. Gainera, haurtxoaren memoriak sortzeak eta norberaren sinesmenen araberako erritualak egiteak, orokorrean, eragin positiboa du gurasoen dolu prozesuan^{11,14,15,16-22}.

Fendwick et al²³ emaginekin egindako ikerketan, sentikorra eta lagungarria den zainketa fisiko eta emozionalak ematearen garrantzia azpimarratu zen, gurasoak errespetatuz eta zainketak nolabaiteko ingurugiro pribatuan ematen zirelarik. “Ederrak” diren momentuak bizitzeko bikoteei ingurunea eskaintzea alderdi positibotzat hartzen zuten, zeinetan gurasoak animatuz eta eroso sentitzen lagunduz, haurtxoa hartzeko, bainatzeko, edota argazkiak eta oinatzak hartzeko aukera ematen zitzairen. Kontrako aldean, beraien buruarenganako konfiantza eta segurtasun falta adierazten zuten familiekin interakzionatzean, ekintza aproposena zein den ez jakitea edo lagungarriak ez diren hitzak ez izatea sumatzen zuten.

Lang et al²⁴ egindako ikerketa deskriptiboan, zenbait gurasok diagnostikoa une konplexu eta lausoa deskribatzen zuten eta kale egitearen sentsazioa zuten. Gurasoek sumatzen zuten osasun-profesionalek, haien artean erizainek, beste edozein gertakari mediko bezala hartzen zutela heriotza perinatala eta galeraren garrantzia txikiagotzen zutela. Osasun-profesionalek sentikorrak ez ziren eta begirunerik gabeko jokabideak eta komentarioak zituztela adierazten zuten.

Aurrekoaren ildora, heriotza perinatalaren diagnostikoa egitean, erizainak isiltasunean geratzean, informazio eskasa ematean edo esaldi enpatikoak ez erabiltzean, gurasoek beldurra, segurtasun falta eta bakardadea senti zezaketen²⁵. Gainera, familiei sostengu emozionala emateari buruz identifikatzen den hezkuntza faltak osasun-profesionalen nekea eta abaildura emozional eta mentala

eragiten du²⁶. Beste ikerketa deskriptibo²⁷ baten emaitzek erakutsi zuten erizainen adina, dolu prozesuan zeuden pazienteak maneiatzeko zuten esperientzia, ospitale-politikei ematen zioten garrantzia eta doluaren zainketetan jasotako hezkuntza erizainek zainketa horien aurrean zituzten jokaeren arrisku faktore esanguratsuak zirela. Era berean, erizainen aburuz, doluaren zainketen hezkuntza formala jasotzeko zerbitzu hauetan atentzioa emateko oso garrantzitsuak ziren.

Ikerketa prozesu honetan aurkitu da haurtxoa ikusten eta hartzen zuten gurasoek intentsitate handiagoko dolua pairatzen zutela¹⁶. Antzeko emaitzak lortu ziren Saint Children's Hospital-eko ZIUN egindako ausazko entsegu klinikoa²⁸: Galera perinatalaren osteko gurasoen doluaren emaitzak hobetzeko DVD bitarteko sostengua garatu zuten. Heriotza perinatala pairatu zuten guraso, aitona-amon eta anaia-arraben testigantzak bildu zituzten eta ikerketaren interbentzio taldeko parte-hartzaileek ikusi zituzten. Hiru hilabetetara, bideoa ikusi zuten gurasoen doluaren intentsitatea nabarmenki handiagoa zen bideoa ikusi ez zuten kontrol taldeko parte-hartzaileekin alderatuz. Hamabi hilabetetara, berriz, ez zen taldeen arteko doluaren desberdintasun esanguratsurik aurkitu; denboraldi horretan eman zen desberdintasun esanguratsua interbentzio taldean aurkitu zen. Dena den, ezin izan zen DVDa ikusteak doluarengan duen efektu kausalik ondorioztatu, baina gurasoek bideoa ikustearen onurak adierazi zituzten.

Memoriak sortzeari dagokionez, gurasoen dolu prozesuan onuragarriak direla aurkitu da^{11,14,15,17-22}. Praktika horiek aztertzen zituzten eta konparagarriak diren emaitzak lortu zituzten azterlanak aurkitu ziren^{29,30,31}. Bizitzako lehenengo urtean hildako haurrak ere barnebiltzen dituen ikerketa²⁹ bada ere, argazki profesionalak familien dolu prozesuan duen eragina aztertzen zuen. Gurasoek hil ondoren egindako argazkiak gertatutakoa balioztatzeko eta haurtxoaren existentzia eta haien gurasotasuna balioztatzeko modua ziren, baita haurtxoa familiako kideztat hartzeko ere. Ez hori bakarrik, argazkiek kaltetuei gertatutakoari buruz hitz egin zezaten eta anai-arrebek gertaera uler zezaten erraztasuna ematen zieten; xehetasunez egindako erretratuak (sudurra, eskuak, ilea...) haurtxoaren izaera fisikoa inoiz ez ahaztearen lasaitasuna ematen ziela adierazi zen.

Calderer et al³⁰ egindako berrikuspen bibliografikoan oroitzapena sortzeari buruz, ama eta bere bikoteak hildako jaioberria ikusteko eta hartzearen aukera balioesten zen, betiere gurasoek haien nahia adieraziz eta haien behar soziokulturalei moldatutako informazio argia emanez. Beste interbentzio posibleak ere zehazten

ziren: argazkilari batek, familiako batek edo trebea den osasun-profesional batek jaioberriaren argazkiren bat egitea, ile-mataza hartzea, esku edo oinaren aztarna hartzea edo jaioberriari izena jartzea. Aipatzekoa da ere Koompas et al³¹ interbentzio horiek aplikatzean zenbait emakumek trauma osteko estresaren nahastea (TOEN) edo depresioa pairatzeko arriskua identifikatu zutela.

Raitio et al³² egindako ausazko entsegu kontrolatuan doluaren jarraipen interbentzio batek amen dolu erreakzioan duen eragina aztertzen zen. Doluaren jarraipen interbentzioan lehenik eta behin, doluaren eta haurraren galeraren inguruko informazioa ematen zitzaien; heriotza gertatu eta astebetera, antzeko esperientzia bizi izan zutenen sostengua jasotzen zuten telefonoz, eta azkenik, ospitaletik irten eta 2-6 astetara erizainarekin lehenengo hitzordua ematen zitzaien. Taldeen arteko doluaren dimentsioak neurtzean ez zen interbentzio taldearen eta kontrol taldearen arteko desberdintasun esanguratsurik aurkitu, ezin zitekeelarik frogatu doluaren jarraipen interbentzioaren eta amen dolu erreakzioen arteko efektu kausalik. Hala ere, interbentzio taldean beldurtasun jarrerak, axolagabetasuna eta antolaketa faltaren batez bestekoak kontrol taldean baino hobeak ziren.

Gaur egun, heriotza perinatal eta neonatalari aurre egiteko protokolo desberdinak aurki daitezke^{33,34}. Protokolo hauek ingurune lasai bat erraztea, informazioa ematea, jaioberria identifikatzea eta begirunez tratatzea, gurasoak haurtxoarekin denbora igarotzea eta memoriak sortzea sostengatzen dute. Contreras et al³³ garatutako protokoloan gurasoentzako gomendio eta informazio orriak errazten ditu, baita mediku zein erizaintzat baliagarriak izan daitezkeen komunikazio estrategiak ere. Cassidy et al³⁴ aurretik aipatutakoaz gain, guraso eta familientzako laguntza talde eta errekurso informatiko desberdinak ematen ditu. Era berean, heriotza perinatalari aurre egin zioten osasun-profesional eta guraso ezberdinen testigantzak jasotzen ditu. Esan beharra dago ez dela eguneratutako protokolorik aurkitu.

Berrikuspenaren mugak

Garrantzitsua da heriotza perinatalaren erizaintzaren aldetik egin daitezkeen interbentzioek dolu prozesuan izan dezaketen eragina aztertzen duen materiaren inguruko kalitatezko ikerketen falta aipatzea.

Ikerlanaren mugapen garrantzitsuenaren haren metodologiak eratorria da, ikerketen eskurapenean, bilaketa estrategian eta aipatutakoak ez diren beste hizkuntzetan dauden ikerketen publikazioan sortutako alborapen baten posibilitateagatik.

Ikerketen hautaketaren alborapen hau mugatzen saiatzeko, osasunaren arloaren barnean garrantzitsuenetarikoak diren 4 datu base erabili ziren, oso murriztailea ez den bilaketa estrategia aplikatuz eta bi dibulgazio hizkuntza nagusienetan argitaratutako ikerketak kontsideratuz.

Beste alde batetik, aipatzekoa da ez direla helburuari erantzuten dioten ausazko entsegu klinikoak aurkitu eta barneratutakoak datuen analisi kualitatiboa egiten duten artikuluen deskriptiboak direla; gehienak lagin txikikoak izanik. Aipatzekoa da ere, orokorrean emakumeek osatutako laginez baliatzen direla eta emakume zein gizonek osatutako laginetan erdia baino gehiago emakumeak direla. Gizonek bakarrik osatutako lagina duen artikulua bakarrik aurkitu da. Bestalde, heriotza perinatale eta neonatale definitzean, herrialdeen arteko desberdintasunak sortzen dira, datuen arteko konparaketa egitea zaila eginez.

Ikerketa lerro berriak

Oraindik ere ez dago argiegi dolu perinatal batean erizainen eta beste osasun langileek zelan jardun behar duten. Gurasoen dolu prozesu honetan, interbentzio ezberdinak martxan jartzen diren arren, osasun langileen formakuntzan gabezia nabarmena ikusi da. Hortaz, ezin dira eskaini behar bezalako zainketak (fisikoak, emozionalak, eta abar). Berrikuspen honetan lortutako artikuluen kalitate zientifikoa ikusita, gomendagarria izango litzateke gurasoen dolu perinatalean erizainen interbentzioek duten eraginari buruzko kalitatezko ikerketa lerro berriak garatzea.

6. ONDORIOAK

Lortutako emaitzen arabera, ondoriozta daiteke heriotza perinatalari aurre egiten dioten erizainek zailtasunak aurkitzen dituztela azaleratzen diren emozioak kudeatzeko, heriotza perinatala pairatu duten guraso atsekabeekin interakzionatzeko eta talde multidiziplinarreko beste kideekin koordinatzeko. Dolu perinatalari aurre egiteko erizainen gaitasuna mugatua eta baldintzatua dago, batez ere formakuntza faltagatik; izan ere, zainketa fisikoak egitera mugatzen dira, ez dituzte galdera askorik egiten jaso dezaketen erantzunaren edo gurasoen erreakzioaren beldur izateagatik eta haien kontrol emozionalari eusteko zailtasunak izaten dituzte.

Bestalde, esan beharra dago gurasoen dolua eramangarriagoa egiteko interbentzio efektibo ezberdinak identifikatu direla. Batetik, gurasoek balioesten dituzte haiekin denbora igarotzen duten erizainak eta zainketa fisikoak baino, zainketa emozionalak ematen dituztenak. Bestetik, gurasoei behar duten informazioa emateak, haiekin denbora igarotzeak, alderdi emozionalari buruz galdetzeak, norberaren sinesmenen araberako erritualak egiteak eta haurtxoaren memoriaak sortzeak eragin positiboa du dolu prozesuan, gertaera ulertzeko eta onartzeko bidea delako. Hala ere, ikusi da heriotza perinatala pairatu duten gurasoek haur osasuntsuak izan dituztenekin espazio fisikoa partekatzeak sufrimendua areagotzen duela.

7. BIBLIOGRAFIA

1. González Castroagudín S, Suárez López I, Polanco Teijo F, Ledo Marra MJ, Rodríguez Vidal E. Papel de la matrona en el manejo del duelo perinatal y neonatal. *Cad Aten Primaria*. 2013;19:113-17.
2. Cassidy PR. Estadísticas y tasas de la mortalidad intrauterina, neonatal y perinatal en España. *Umamanita*. 2018;4
3. Barfiel WD; Committee on fetus and newborn. Standard terminology for fetal, infant, and perinatal deaths. *Pediatrics*. 2016;137(5)
4. Heazell AE, Siassakos D, Blencowe H, Burden C, Bhutta ZA, Cacciatore J, et al. Stillbirths: economic and psychosocial consequences. *Lancet*. 2016;387(10018):604-616.
5. WHO: World Health Organization [Internet]. Ginebra: WHO; c1948 [2019 ira 19 eguneratua; 2020 mar 23 aipatua]. Newborn: reducing mortality; [pantaila 1]. Eskuragarri: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/newborns-reducing-mortality>
6. Knoema [Internet]. Nueva York. Knoema; c2011 [2020 mar 23]. España - Tasa de mortalidad, neonatal (por cada 1000 nacidos vivos); [pantaila 1]. Eskuragarri: <https://knoema.es/atlas/Espa%C3%B1a/Tasa-de-mortalidad-neonatal-por-cada-1000-nacidos-vivos>
7. López García de Madinabeitia AP. Duelo perinatal: un secreto dentro de un misterio. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*. 2011;31(109):53-70.
8. Kersting A, Wagner B. Complicated grief after perinatal loss. *Dialogues Clin Neurosci*. 2012;14:187-194.
9. Heazell AE, Leisher S, Cregan M, Flenady V, Froen JF, Gravensteen IK et al. Sharing experiences to improve bereavement support and clinical care after stillbirth: report of the 7th annual meeting of the international stillbirth alliance. *AOGS*. 2013;92:352-61.
10. Jovel AJ, Navarro Rubio MD. Evaluación de la evidencia científica. *Med Clin*. 1995; 105:740-3.
11. Camacho Ávila M, Fernández Medina IM, Jiménez-López FR, Granero-Molina J, Hernández-Padilla JM, Hernández Sánchez E et al. Parents' experiences about support following stillbirth and neonatal death. *Adv Neonatal Care*. 2020.
12. Farrales LL, Cacciatore J, Jonas-Simpson C, Dharamsi S, Ascher J, Klein MC. What bereaved parents want health care providers to know when their babies are stillborn: a community-based participatory study. *BMC Psychology*. 2020;8(1):8.

13. Fernández-Alcántara M, Schul-Martín L, García-Caro MP, Montoya-Juárez R, Pérez-Marfil MN, Zech E. "In the hospital there are no care guidelines": Experiences and practices in perinatal loss in Spain. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2020.
14. Camacho Ávila M, Fernández-Sola C, Jiménez-López FR, Granero-Molina J, Fernández-Medina IM, Martínez-Artero L et al. Experience of parents who have suffered a perinatal death in two Spanish hospitals: a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2019;19(512).
15. Cassidy PR. Care quality following intrauterine death in Spanish hospitals: results from an online survey. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2018;18(1):22.
16. Wilson PA, Boyle PM, Ware RS. Holding a stillborn baby: the view from a specialist perinatal bereavement service. *ANZJOG*. 2015;55(4): 337-43.
17. Basile ML, Thorsteinsson FB. Parents' evaluation of support in Australian hospitals following stillbirth. *Peer J*. 2015;3:e1049.
18. Ryninks K, Roberts-Collins C, McKenzie-McHarg K, Horsch A. Mothers' experience of their contact with their stillborn infant: an interpretative phenomenological analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2014;14:203.
19. Blood C, Cacciatore J. Best practice in bereavement photography after perinatal death: qualitative analysis with 104 parents. *BMC Psychology*. 2014;2:15.
20. Kelley MC, Trinidad SB. Silent loss clinical encounter: Parents' and physicians' experiences of stillbirth. A qualitative analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2012;12:137.
21. Cacciatore J, Erlandsson K, Rådestad I. Fatherhood and suffering: a qualitative exploration of Swedish men's experiences of care after the death of a baby. *Int J Nurs Stud*. 2012;50(5):664-70.
22. Pastor Moreno SM, Romero Sánchez JM, Hueso Montoro C, Lillo Crespo M, Vacas Jaén AG, Rodríguez Tirado MB. La vivencia de la pérdida perinatal desde la perspectiva de los profesionales de la salud. *Rev Lat Am Enfermagem*. 201;19(6):1405-12.
23. Fenwick J, Jennings B, Downie J, Butt J, Okanaga M. Providing perinatal loss care: Satisfying and dissatisfying aspects for midwives. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*. 2007;20(4):153-60.
24. Lang A, Fleiszer AR, Duhamel F, Sword W, Gilbert KR, Corsini-Munt S. Perinatal loss and parental grief: the challenge of ambiguity and disenfranchised grief. *OMEGA*. 2011;83(2):183-96.

25. Fenstermacher KH, Hupcey JE. Support for young black urban women after perinatal loss. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2019;44(1):13-19.
26. Hall SL, Cross J, Selix NW, Patterson C, Segre L, Chuffo-Siewert R et al. Recommendations for enhancing psychosocial support of NICU parents through staff education and support. *J Perinatology.* 2015;35(suppl 1):S29-S36.
27. Chan MF, Lou F, Arthur DG, Cao F, Wu L, Li P et al. Investigating factors associate to nurses' attitudes towards perinatal bereavement care. *Journal of Clinic Nursing.* 2008;17(4):509-18
28. Rosenbahum JL, Smith JR, Yan Yan, Abram N, Jeffe DB. Impact of neonatal-bereavement-support DVD on parental grief: a randomized controlled trial. *Death Stud.* 2015;.39(4):191-200.
29. Ramirez FD, Bogetz JF, Kufeld M, Yee LM. Professional bereavement photography in the setting of perinatal loss: a qualitative analysis. *Glob Pediatr Health.* 2019;6:1-12.
30. Calderer A, Obregon N, Cobo JV, Goberna J. Muerte perinatal: acompañamiento a mujeres y parejas. *Matronas Prof.* 2018;19(3):e41-47.
31. Koopmans L, Wilson T, Cacciatore J, Flenady V. Support for mothers, fathers and families after perinatal death. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;6
32. Raitio K, Kaunonen M, Aho AL. Evaluating a bereavement follow-up intervention for grieving mothers after the death of a child. *Scan J Caring Sci.* 2015;(3): 510-20
33. Contreras-Garcia M, Ruiz-Soto B, Orizaola A, Dra. Jubete, Dr Odriozola. Protocolo-guia muerte fetal y perinatal. "Lo esencial es invisible a los ojos, no se ve bien sino con el corazón". HUMV. 2016
34. Cassidy J, Castro J, Lo Cascio LM, Villacampa G, Blázquez MJ, Olza I et al; Colaboracion de las asociaciones Umamita y El parto es Nuestro. Guía para la atención a la muerte perinatal y neonatal. 2009.

8. ERANSKINAK

2. taula: Bilaketa estrategiak

Datu baseak	Bilaketa estrategiak
Mediline (Pubmed)	((("perinatal death"[MeSH Terms] OR ("perinatal"[All Fields] AND "death"[All Fields]) OR "perinatal death"[All Fields]) OR ("perinatal mortality"[MeSH Terms] OR ("perinatal"[All Fields] AND "mortality"[All Fields]) OR "perinatal mortality"[All Fields] OR "perinatal death"[MeSH Terms] OR ("perinatal"[All Fields] AND "death"[All Fields]) OR "perinatal death"[All Fields] OR ("perinatal"[All Fields] AND "mortality"[All Fields]))) AND ("grief"[MeSH Terms] OR "grief"[All Fields]) AND (support[All Fields] OR (("nursing"[Subheading] OR "nursing"[All Fields] OR "nursing"[MeSH Terms] OR "nursing"[All Fields] OR "breast feeding"[MeSH Terms] OR ("breast"[All Fields] AND "feeding"[All Fields]) OR "breast feeding"[All Fields]) AND ("role"[MeSH Terms] OR "role"[All Fields])))
WOS (Web of Science)	TEMA: (perinatal death) AND TEMA: (grief) AND TEMA: (support) Período de tiempo: 2009-2020. Bases de datos: WOS, CCC, DIIDW, KJD, MEDLINE, RSCI, SCIELO. Idioma de búsqueda=Auto
SCOPUS	(TITLE-ABS-KEY (perinatal AND death) AND TITLE-ABS-KEY (grief) AND TITLE-ABS-KEY (support)) AND PUBYEAR > 2008 AND PUBYEAR < 2021 AND (LIMIT-TO (DOCTYPE , "ar") OR LIMIT-TO (DOCTYPE , "re")
COCHRANE LIBRARY	perinatal death in Title Abstract Keyword AND grief in Title Abstract Keyword AND support in Title Abstract Keyword

2. *taula: bilaketa estrategia MESH deskriptore eta operadore logikoekin.*

3. taula: Agència d'Avaluació de Tecnologia Médica de Catalunya-k proposatutako irizpideak

Maila	Diseinu mota	Zehaztazun zientifikoaren baldintzak
I	Ausazko entsegu eta entsegu kontrolatuen metaanaliak.	Heterogeneotasunik ez. Analiaren tekniko desberdinak. Metaerregresioa. Megaanalisia. Ikerketen kalitatea.
II	Lagin handiko ausazko entsegu kliniko kontrolatua.	Botere estatistikoaren ebaluazioa. Multizentrikoa. Ikerketaren kalitatea.
III	Lagin txikiko ausazko entsegu kliniko kontrolatua.	Botere estatistikoaren ebaluazioa. Multizentrikoa. Ikerketaren kalitatea.
IV	Zorizkoa ez den entsegu prospektibo kontrolatua.	Denboran baterakide diren kontrolak. Multizentrikoa. Ikerketaren kalitatea.
V	Zorizkoa ez den entsegu prospektibo kontrolatua.	Kontrol historikoak. Ikerketaren kalitatea.
VI	Kohorteseko ikerketak.	Multizentrikoa. Berdinketa. Ikerketaren kalitatea.
VII	Kasu eta kontroleko ikerketak.	Multizentrikoa. Ikerketaren kalitatea.
VIII	Ez kontrolatutako serie klinikoak. Ikerketa deskriptiboak: zaintza epidemiologikoa, inkestak, erregistroak, datu baseak, jakitunen komiteak.	Multizentrikoa.
IX	Anekdotak edo kasu bakarrak.	

3. taula: Agència d'Avaluació de Teconologia Médica de Catalunya¹⁰-k kalitate metodologiko eta ebidentzia mailari buruz proposatutako irizpideak.