



CARACTERIZACIÓN DE LAS MUERTES FETALES Y DE LA ASISTENCIA EN UNA MATERNIDAD DE ALTO RIESGO: ESTUDIO TRANSVERSAL

CARACTERIZAÇÃO DOS ÓBITOS FETAIS E DA ASSISTÊNCIA EM MATERNIDADE DE ALTO RISCO: ESTUDO TRANSVERSAL

CHARACTERIZATION OF FETAL DEATHS AND CARE IN A HIGH-RISK MATERNITY HOSPITAL: A CROSS-SECTIONAL STUDY

Kauane Vicari¹

Tatiane Herreira Trigueiro²

Larissa de Oliveira Peripolli¹

Karine Amanda de Arruda¹

Marcelexandra Rabelo¹

ORCID: 0000-0001-8228-6046

ORCID: 0000-0003-3681-4244

ORCID: 0000-0003-0582-874X

ORCID: 0000-0001-5760-0988

ORCID: 0000-0002-0291-5373

¹ Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (CHC-UFPR/Ebserh). Curitiba, PR, Brasil

² Setor de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Paraná. Curitiba, PR, Brasil

Cómo citar: Vicari K, Trigueiro TH, Peripolli LO, Arruda KA, Rabelo M. Characterization of fetal deaths and care in a high-risk maternity hospital: a cross-sectional study. Online Braz J Nurs. 2026;25(1):e20266926. <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20266926>

RESUMO

Objetivo: Descrever e analisar o perfil dos óbitos fetais e da assistência prestada em uma maternidade de alto risco. **Método:** Pesquisa quantitativa, transversal, com coleta retrospectiva de dados secundários, realizada em uma maternidade de alto risco de Curitiba, Paraná. Foram analisados 36 registros de natimortos provenientes de 35 mulheres atendidas em 2022. A coleta ocorreu em 2023, com análise descritiva e aplicação do teste exato de Fisher (nível de significância de 7%; $p=0,07$). **Resultados:** Prevaleram mulheres entre 20 e 34 anos, com estratificação de alto risco e multigestas. Quanto à assistência, registraram-se 13 métodos não farmacológicos de alívio da dor, com atuação direta de enfermeiros e médicos. A maioria dos óbitos ocorreu no anteparto, com predominância de fetos de extremo baixo peso e do sexo feminino. Houve associação estatística entre a estratificação de risco materno e o momento do óbito ($p=0,06$), bem como entre a idade gestacional e o total de métodos não farmacológicos de alívio da dor aplicados ($p=0,01$). **Conclusão:** O estudo contribuiu para a visibilidade da assistência integral na perda gestacional, evidenciando como essencial a atuação da equipe multiprofissional, a oferta de cuidados para a ressignificação do luto e a implementação de protocolos para a uniformização de condutas.

Descritores: Morte fetal; Complicações na gravidez; Parto humanizado.

ABSTRACT

Objective: To describe and analyze the profile of fetal deaths and the care provided in a high-risk maternity hospital. **Method:** Quantitative, cross-sectional research with retrospective collection of secondary data, conducted at a high-risk maternity hospital in Curitiba, Paraná. Thirty-six stillbirth records from 35 women treated in 2022 were analyzed. Data collection occurred in 2023, featuring descriptive analysis and the application of Fisher's exact test (significance level of 7%; $p=0,07$). **Results:** Women aged between 20 and 34, classified as high-risk and multigravida, prevailed. Regarding care, 13 non-pharmacological pain relief methods were recorded, with direct involvement of nurses and physicians. Most deaths occurred in the antepartum period, with a predominance of extremely low birth weight and female fetuses. There was a statistical association between maternal risk stratification and the timing of death ($p=0,06$), as well as between gestational age and the total number of non-pharmacological pain relief methods applied ($p=0,01$). **Conclusion:** The study contributed to the visibility of comprehensive care in pregnancy loss, highlighting the essential role of the multidisciplinary team, the offering of care for the re-signification of grief, and the implementation of protocols for the standardization of procedures.

Descriptors: Fetal death; Pregnancy complications; Humanized childbirth.

RESUMEN

Objetivo: Describir y analizar el perfil de muertes fetales y de la asistencia prestada en una maternidad de alto riesgo. **Método:** Investigación cuantitativa, transversal, con recolección retrospectiva, realizada en una maternidad de alto riesgo de Curitiba, Paraná. Se analizaron 36 registros de mortinatos provenientes de 35 mujeres atendidas en 2022. La recolección ocurrió en 2023, con análisis descriptivo y aplicación de prueba exacta de Fisher (nivel de significancia del 7%; $p=0,07$). **Resultados:** Prevalcieron mujeres entre 20 y 34 años, con estratificación de alto riesgo y multigestas. En cuanto a la asistencia, se registraron 13 métodos no farmacológicos de alivio del dolor, con actuación directa de enfermeros y médicos. La mayoría de las muertes ocurrió en el anteparto, con predominancia de fetos de extremo bajo peso y sexo femenino. Hubo asociación estadística entre la estratificación de riesgo materno y el momento de la muerte ($p=0,06$), así como entre la edad gestacional y el total de métodos no farmacológicos de alivio del dolor aplicados ($p=0,01$). **Conclusión:** El estudio visibilizó la atención integral en la pérdida gestacional, destacando la importancia del equipo multiprofesional, de los cuidados para resignificar el duelo y de protocolos para uniformar conductas.

Descriptores: Muerte fetal; Complicaciones del embarazo; Parto humanizado.

Editores:

Rosimere Ferreira Santana (ORCID: 0000-0002-4593-3715)

Geilsa Soraia Cavalcanti Valente (ORCID: 0000-0003-4488-4912)

Carla Oliveira Shubert (ORCID: 0000-0002-3406-3160)

Autora correspondiente:

Kauane Vicari

Correo electrónico: kauane.vicari@gmail.com

Editora:

Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa – UFF

Rua Dr. Celestino, 74 – Centro, CEP: 24020-091 – Niterói, RJ, Brasil

Correo electrónico de la revista: objn.cme@id.uff.br

Lo que ya se sabe:

- La muerte fetal impacta directamente los indicadores de salud perinatal y de calidad de la asistencia obstétrica, además de afectar profundamente la salud mental de las personas involucradas.
- Sus causas se relacionan con factores fetales, maternos o placentarios, variando según la edad gestacional y la calidad de la asistencia prenatal.
- La acogida humanizada y el soporte al duelo son recomendados por directrices internacionales, aunque la práctica clínica aún presenta vacíos.

Lo que este artículo aporta:

- La relevancia de comprender el perfil obstétrico específico de una población asistida en una maternidad de alto riesgo, permitiendo la identificación detallada de las prácticas asistenciales vigentes en el contexto de la muerte fetal.
- La identificación de fragilidades en la asistencia, fundamentando acciones que promuevan la integralidad del cuidado, como el soporte emocional continuo y la sensibilización del equipo multiprofesional.
- La propuesta de elaboración e implementación de protocolos institucionales humanizados, con el fin de estandarizar conductas y facilitar la vivencia y la elaboración del duelo por parte de los involucrados.

INTRODUCCIÓN

El óbito fetal genera impactos profundos en los indicadores de salud perinatal y en la calidad de vida de los involucrados⁽¹⁾. Además, la Tasa de Mortalidad Fetal (TMF) constituye un importante indicador de la calidad de la asistencia prestada durante la gestación y el parto⁽²⁾.

Aproximadamente 1,9 millones de mortinatos fueron registrados globalmente en 2023, lo que corresponde a una tasa estimada de 14,3 muertes fetales por cada 1.000 nacimientos totales —valor significativamente inferior a los observados en décadas anteriores. Esta tendencia de declive resalta avances en los estándares de salud reproductiva y en el acceso a los servicios de obstetricia en muchos países, aunque las disparidades entre regiones de alta y baja renta permanecen acentuadas⁽³⁾. En Brasil, la TMF presenta un cuadro de relativa estabilidad en las últimas décadas; los datos indican que el índice pasó de 8,19 por cada 1.000 nacimientos en 1996 a 9,5 en 2015⁽²⁾.

Las definiciones conceptuales acerca del óbito fetal presentan variaciones y demandan claridad terminológica. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el óbito fetal se define como la muerte del producto de la concepción antes de la expulsión o extracción completa del cuerpo materno, independientemente de la duración gestacional, caracterizándose por la ausencia de respiración, latidos cardíacos, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos voluntarios de contracción muscular^(4,5). Adicionalmente, el óbito fetal tardío (o mortinato) se refiere a los casos en los que el peso al nacer es igual o superior a 1.000 g o con una edad gestacional estimada a partir de las 28 semanas⁽⁵⁾.

En Brasil, de acuerdo con el Ministerio de Salud (MS), la emisión del Certificado de Defunción (CD) es obligatoria cuando el óbito ocurre a partir de la 20ª semana gestacional y/o el feto posee un peso igual o superior a 500 g y/o una estatura a partir de 25 cm (coronilla-talón), integrándolo al cálculo del coeficiente de mortinatalidad. Hasta la 28ª semana de gestación, la mortinatalidad se clasifica como precoz; después de ese período, se denomina tardía. Bajo el referencial del momento del parto, el óbito puede además ser clasificado como anteparto o intraparto⁽⁶⁾.

Las causas se relacionan con factores fetales, maternos o placentarios y varían según la edad gestacional. Infecciones, desprendimiento prematuro de placenta y malformaciones fetales predominan entre la 24ª y la 27ª semana gestacional, mientras que, a partir de la 28ª semana, una parte significativa de los óbitos es de origen desconocido. Existen, además, factores de riesgo que pueden propiciar tal desenlace, como la etnia (mayor incidencia en poblaciones vulnerables), enfermedades maternas (síndromes hipertensivos, diabetes y trombofilias), gemelaridad, extremos de la edad

materna, historial de mortinatalidad o complicaciones en gestaciones anteriores, edad gestacional superior a 41 semanas y exposición a teratógenos, como tabaco, alcohol o drogas ilícitas⁽⁶⁾.

En este contexto, la asistencia al parto de un feto sin vida constituye una situación de extrema fragilidad para los profesionales, la mujer y su red de apoyo⁽⁷⁾. Así, corresponde al equipo de salud ofrecer una asistencia humanizada y holística a las mujeres con diagnóstico de óbito fetal⁽⁸⁾.

Ante lo expuesto, este estudio se justifica por la relevancia de caracterizar a la población asistida en una unidad de referencia bajo la circunstancia del óbito fetal, con el objetivo de identificar particularidades diagnósticas y asistenciales en relación con la literatura vigente. El objetivo de este trabajo es describir y analizar el perfil de los casos de óbitos fetales y de la asistencia prestada en una maternidad de alto riesgo.

MÉTODO

Se trata de una investigación cuantitativa, descriptiva, de corte transversal y con recolección retrospectiva de datos secundarios. La investigación cuantitativa utiliza procedimientos ordenados para la obtención de información, mientras que el estudio descriptivo busca observar, describir y documentar aspectos de determinada situación⁽⁹⁾. Los diseños transversales se emplean para investigar fenómenos en un solo momento en el tiempo y, frecuentemente, poseen carácter retrospectivo⁽¹⁰⁾.

El estudio fue realizado en la maternidad de alto riesgo de un hospital universitario de gran tamaño en Curitiba, Paraná. En 2022, la unidad registró un promedio de 294 partos mensuales en el Centro Quirúrgico Obstétrico y Ginecológico (CCOG), sector que cuenta con enfermeros obstetras y médicos obstetras en el equipo de asistencia directa al parto.

La recolección de datos ocurrió entre julio y diciembre de 2023, mediante el análisis de la planilla de indicadores de nacimientos y del libro físico de registros de admisiones y de óbitos fetales del CCOG. Se incluyeron todas las atenciones de óbitos fetales anteparto e intraparto cuyos nacimientos ocurrieron en la institución en el período de enero a diciembre de 2022. Se excluyeron registros duplicados (n=1), casos con puntuación en la escala de Apgar mayor o igual a 1 en el primer minuto (n=5), nacimientos ocurridos fuera de la maternidad (n=1) o domiciliarios (n=3) y pérdidas gestacionales que no se encuadraban en el concepto de óbito fetal del Ministerio de Salud (n=7). Así, la muestra final totalizó 36 registros de mortinatos provenientes de 35 mujeres atendidas.

Para la organización de la recolección de datos, se ela-

boró un instrumento en el programa Microsoft Excel conteniendo variables relativas a las pacientes (edad, estratificación de riesgo, paridad, sector de origen y motivo del internamiento); a la asistencia (métodos de inducción, métodos farmacológicos y no farmacológicos de alivio del dolor, intervenciones, vía de nacimiento, posición materna en el parto, presencia de laceración perineal, profesional asistente, cuidados en el puerperio, asistencia multiprofesional y tiempo de internación); y a los recién nacidos (momento del óbito, clasificación por peso y edad gestacional, sexo, maniobras de reanimación, contacto piel a piel, tiempo de permanencia del cuerpo en el CCOG y solicitud de necropsia).

Los datos fueron sometidos a un análisis descriptivo en el programa Microsoft Excel 2013. Para verificar la asociación entre las variables “edad gestacional” y “total de métodos de alivio del dolor”, así como entre “estratificación de riesgo materno” y “momento del óbito fetal”, se aplicó la prueba exacta de Fisher con un nivel de significancia del 7% ($p=0,07$) y análisis de residuos estandarizados ajustados. El nivel de significancia adoptado se justifica por el tamaño muestral, con el objetivo de identificar correlaciones sustanciales y asegurar la inclusión de variables con poder explicativo relevante.

Para garantizar el rigor metodológico, el estudio siguió las directrices de la lista de verificación *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE)⁽¹¹⁾. La investigación cumple con los preceptos éticos para estudios con seres humanos, habiendo sido aprobada por el Comité de Ética en Investigación de la institución el 18 de enero de 2022 (Dictamen CAAE: 51476321.2.0000.0096), en conformidad con las resoluciones vigentes en Brasil.

RESULTADOS

De las 35 (100%) mujeres atendidas, la principal puerta de entrada al CCOG fue el Servicio de Urgencias Ginecológicas y Obstétricas (PAGO) en 31 (88,57%) de los casos, mientras que cuatro (11,43%) fueron derivadas de las unidades de Alojamiento Conjunto. Entre los motivos de internación en el CCOG, destacaron la inducción del parto por óbito fetal en 16 (45,71%) casos y el trabajo de parto prematuro en nueve (25,71%). Otras causas incluyeron el óbito fetal (diagnóstico previo) en tres (8,57%), trabajo de parto a término en dos (5,71%) y casos aislados (2,86% cada uno) por hipertermia, preeclampsia, sospecha de óbito fetal, posdatismo y ruptura prematura de membranas ovulares.

En cuanto a la asistencia prenatal, 18 (51,43%) mujeres realizaron al menos una consulta; en 16 (45,71%) casos no hubo registro de esta información y una (2,86%) paciente no realizó el seguimiento. Las características maternas detalladas se encuentran en la Tabla 1.

En lo que respecta a los métodos de inducción del parto, se utilizó misoprostol vaginal en 14 (40,00%) casos, sonda de Foley intracervical en 12 (34,29%) y oxitocina sintética endovenosa en 10 (28,57%). De las 21 (100%) pacientes sometidas a inducción, nueve (42,86%) utilizaron solo un método, mientras que en nueve (42,86%) hubo asociación de dos métodos y, en tres (14,29%), se utilizaron los tres métodos combinados. Cabe resaltar que 12 (34,29%) mujeres no pasaron por inducción y, en dos (5,71%), no hubo registro.

Sobre la asistencia al parto y nacimiento (Tabla 2), 33 (94,28%) pacientes utilizaron al menos un método no farmacológico de alivio del dolor. En el ámbito farmacológico, la

analgésia (raquianestesia o epidural) se realizó en solo tres (8,57%) casos, no habiéndose utilizado en 19 (54,29%); no obstante, hubo una elevada ausencia de registros sobre esta intervención, correspondiendo a 13 (37,14%) pacientes.

Tabla 1 - Características maternas de las pacientes atendidas en el CCOG en 2022. Curitiba, PR, Brasil, 2023

Variables	N	%
Edad (años)	35	100,00
15 + 19	2	5,71
20 + 24	8	22,87
25 + 29	14	40,00
30 + 34	7	20,00
35 + 39	2	5,71
40 + 44	2	5,71
Estratificación de Riesgo	35	100,00
Alto Riesgo	21	60,00
Bajo Riesgo	13	37,14
Sin estratificación	1	2,86
Número de gestaciones	35	100,00
Primigestas	12	34,29
Multigestas	23	65,71

Fuente: elaborado por los autores, 2025.

Tabla 2 - Características de la asistencia al trabajo de parto y nacimiento de pacientes atendidas en el CCOG en 2022. Curitiba, PR, Brasil, 2023

Variables	N	%
Métodos de alivio del dolor no farmacológicos	35	100,00
Acompañante	31	88,57
Deambulación	11	31,43
Ducha	10	28,57
Cuatro apoyos	10	28,57
Masaje	8	22,86
Sentadillas	6	17,14
Penumbra	6	17,14
Pelota (esferodinamia)	3	8,57
Taburete	3	8,57
Bañera	2	5,71
<i>Spinning Babies</i>	2	5,71
Música	1	2,86
"Cavalinho" (Silla de partos/balancín)	1	2,86
Intervenciones	35	100,00
Amniotomía	6	17,14
Fórceps	4	11,43
Episiotomía	1	2,86
Vía de nacimiento	36	100,00
Parto Vaginal	28	77,78
Cesárea	8	22,22
Laceración	28	100,00
Grado I	2	7,14
Grado II	3	10,71
Periné íntegro	19	67,86
Desconocido	4	14,29
Posición de nacimiento	36	100,00
Decúbito dorsal	10	27,78
Semisentada	9	25,00
Desconocido	6	16,66
Cuatro apoyos	2	5,56
De pie	2	5,56
Litotómica	2	5,56
Sentada	2	5,56
Taburete	1	2,77
Decúbito Lateral	1	2,77
Profesional asistente en el nacimiento	36	100,00
Médicos y Residentes Médicos	23	63,89
Enfermeros	6	16,66
Médicos	2	5,56
Enfermeros y Residentes de Enfermería	2	5,56
Enfermeros y Residentes Médicos	2	5,56
Enfermeros y Médicos	1	2,77

Fuente: elaborado por los autores, 2025.

En relación con las intervenciones, en 22 (62,86%) registros se indicó que no hubo maniobra de Kristeller; no obstante, en 13 (37,14%) casos, este dato es desconocido debido a la incompletitud de la información. Además, 14 (40,00%) mujeres no recibieron ninguna de las intervenciones descritas en la Tabla 2, siete (20,00%) fueron sometidas a al menos una de ellas, dos (5,71%) a dos y, en 12 (34,29%) historias clínicas, no hubo registro de esta información. Por otra parte, 12 (34,29%) pacientes fueron sometidas a legrado (curetaje) en el puerperio.

En lo que se refiere a los cuidados puerperales, la inhibición farmacológica de la lactancia fue administrada a 32 (91,43%) mujeres. Tras el alta, 12 (34,29%) fueron derivadas para seguimiento psicológico en la Atención Primaria de Salud. El cuidado multiprofesional durante la internación se caracterizó por la asistencia médica a todas las 35 (100%) mujeres, de enfermeros a 34 (97,14%), del servicio social a 30 (85,71%) y de psicología a 21 (60,00%); terapia ocupacional, fisioterapia, odontología y nutrición prestaron asistencia a una (2,86%) paciente cada una. El tiempo medio de internación en la institución fue superior a 46 horas, con un intervalo que varió entre 7 y 218 horas.

Las características fetales están detalladas en la Tabla 3. Se observó la presencia del pediatra en 17 (47,22%) nacimientos y la ausencia en uno (2,78%); en 18 (50,00%) casos, no hubo registro sobre esta asistencia.

También hubo asociación estadística significativa entre el total de métodos no farmacológicos de alivio del dolor utilizados por las mujeres y la clasificación de los recién nacidos (RN) de acuerdo con la edad gestacional ($p=0,01$). El análisis de los residuos estandarizados ajustados evidenció una asociación positiva cuando el RN se clasifica como muy pretérmino y existe el registro de solo un método de alivio del dolor aplicado, así como en los casos de RN a término con la aplicación de ocho y nueve métodos. Inversamente, se observó una frecuencia menor de casos cuando el RN es pretérmino tardío y solo se ejecutó un método. Estos datos están detallados en la Tabla 4.

Adicionalmente, la prueba exacta de Fisher demostró asociación entre las variables "estratificación de riesgo materno" y "momento del óbito fetal" ($p=0,06$). El análisis de los residuos estandarizados ajustados entre estas variables está descrito en la Tabla 5.

Tabla 3 - Características de los recién nacidos fallecidos atendidos en el CCOG en 2022. Curitiba, PR, Brasil, 2023

Variables	N	%
Momento de la muerte	36	100,00
Anteparto	23	63,89
Intraparto	12	33,33
Desconocido	1	2,78
Clasificación según el peso	36	100,00
Extremo bajo peso	15	41,67
Muy bajo peso	5	13,89
Bajo peso	8	22,22
Por encima de 2500g	7	19,44
Desconocido	1	2,78
Clasificación según la edad gestacional	36	100,00
Pretérmino extremo	13	36,11
Muy pretérmino	8	22,22
Pretérmino moderado	2	5,56
Pretérmino tardío	8	22,22
A término	5	13,89
Sexo	36	100,00
Femenino	21	58,33
Masculino	11	30,56
Desconocido	4	11,11
Realización de maniobras de reanimación neonatal	36	100,00
Realizada	8	22,22
No realizada	10	27,78
Desconocido	18	50,00
Contacto piel con piel	36	100,00
Inmediato	8	22,22
No inmediato	5	13,89
No realizado	10	27,78
Desconocido	13	36,11
Intervalo de tiempo del cuerpo en el CCOG	36	100,00
Inferior a 1 hora	3	8,33
Entre 1 a 3 horas	7	19,44
Entre 3 a 6 horas	10	27,78
Entre 6 a 9 horas	4	11,11
Superior a 10 horas	2	5,56
Desconocido	10	27,78
Solicitud de necropsia	36	100,00
Sí	13	36,11
No	21	58,33
Desconocido	2	5,56

Fuente: elaborado por los autores, 2025.

Tabla 4 - Análisis de los residuos estandarizados ajustados entre la clasificación del recién nacido de acuerdo con la edad gestacional y la cantidad de métodos de alivio del dolor no farmacológicos ejecutados en 2022. Curitiba, PR, Brasil, 2023

Cantidad de métodos	Muy pretérmino NA / (p-valor)	Pretérmino extremo NA / (p-valor)	Pretérmino moderado NA / (p-valor)	Pretérmino tardío NA / (p-valor)	A término NA / (p-valor)
Ninguno	0 / (-0.54)	0 / (-0.76)	0 / (-0.24)	1 / (1.89)	0 / (-0.40)
1	7 / (2.06)	9 / (1.24)	2 / (1.30)	1 / (-2.77)	1 / (-1.72)
2	0 / (-0.96)	1 / (-0.10)	0 / (-0.43)	2 / (1.93)	0 / (-0.72)
3	0 / (-0.77)	1 / (0.42)	0 / (-0.35)	1 / (0.97)	0 / (-0.58)
5	0 / (-0.77)	1 / (0.42)	0 / (-0.35)	0 / (-0.77)	1 / (1.51)
6	0 / (-0.54)	0 / (-0.76)	0 / (-0.24)	1 / (1.89)	0 / (-0.40)
7	1 / (0.48)	0 / (-1.36)	0 / (-0.43)	2 / (1.93)	0 / (-0.72)
8	0 / (-0.54)	0 / (-0.76)	0 / (-0.24)	0 / (-0.54)	1 / (2.52)
9	0 / (-0.77)	0 / (-1.09)	0 / (-0.35)	0 / (-0.77)	2 / (3.62)
Desconocido	0 / (-0.54)	1 / (1.34)	0 / (-0.24)	0 / (-0.54)	0 / (-0.40)

Fuente: elaborado por los autores, 2025.

Tabla 5 - Análisis de los residuos estandarizados ajustados entre el momento del óbito fetal y la estratificación de riesgo materno en 2022. Curitiba, PR, Brasil, 2023

	Anteparto NA / (p-valor)	Intraparto NA / (p-valor)	Desconocido NA / (p-valor)
Alto Riesgo	14 (-0.03)	8 (0.48)	0 (-1.27)
Bajo Riesgo	9 (0.50)	4 (-0.24)	0 (-0.76)
Sin estratificación	0 (-1.34)	0 (-0.71)	1 (6.00)

Fuente: elaborado por los autores, 2025.

DISCUSIÓN

En lo que respecta al perfil obstétrico, el grupo de edad predominante (25 a 29 años) concentró el 40% de los casos de óbito fetal, con una densidad expresiva en el intervalo entre los 20 y 34 años. Tales datos corroboran el escenario nacional de 2021, en el cual este rango etario fue prevalente en casi todas las regiones del país, excepto en la región Norte(12). En la región Sur, específicamente, se observa que las mujeres entre 25 y 29 años presentan índices de óbito fetal superiores a los de aquellas entre 20 y 24 años(12).

En relación con el tipo de gestación, para el mismo año, el número de óbitos fetales en gestaciones únicas en Brasil fue superior al de gestaciones múltiples, correspondiendo al 91,91%(12). Ante lo expuesto, los resultados de esta investigación se alinean con la realidad nacional. En cuanto al control prenatal, aunque el 51,43% de las mujeres realizaron al menos una consulta, el elevado índice de registros incompletos compromete el análisis fidedigno de este factor. Cabe resaltar que el Ministerio de Salud recomienda un mínimo de seis consultas, con inicio precoz en el primer trimestre y periodicidad creciente conforme al avance de la edad gestacional, intercalando la atención entre médicos y enfermeros en el prenatal de bajo riesgo(13).

En el ámbito de la asistencia al parto, destaca la presencia del acompañante en el 88,57% de los casos como método no farmacológico de alivio del dolor. Este es un derecho garantizado por ley desde 2005 y reforzado en 2023, asegurando la presencia de una persona de elección de la mujer en unidades públicas y privadas durante todo el período de atención(14,15). La literatura demuestra que el apoyo emocional del acompañante fortalece los vínculos familiares y humaniza la conducta profesional, auxiliando en la seguridad de la paciente y en la evolución fisiológica del proceso, así como en la mitigación del dolor(16).

La investigación evidenció que, cuanto menor es la edad gestacional en el momento de la muerte, menor es el número de métodos de alivio del dolor utilizados. Es imperativo que el cuidado holístico y humanizado sea garantizado

independientemente de la viabilidad fetal. Un estudio realizado en una maternidad pública del sur de Brasil señaló que, ante una situación de pérdida gestacional, la asistencia al trabajo de parto es percibida como de difícil acompañamiento por los profesionales; la fragmentación del cuidado y la escasa oferta de orientaciones sobre métodos de alivio del dolor resultan en la restricción del poder de elección de las mujeres en cuanto a la vía de nacimiento(17).

Acerca del equipo multiprofesional, su importancia se fundamenta tanto en la prevención como en el desenlace de la asistencia al óbito fetal. El seguimiento prenatal de calidad y el cuidado a la salud integral son fundamentales para prevenir desenlaces desfavorables, así como para la acogida en el afrontamiento del duelo. Se resalta la necesidad de investigaciones que indaguen sobre el seguimiento gestacional en el alto riesgo —público que representó el mayor cuantitativo de óbitos anteparto en este estudio—, a fin de identificar fragilidades en la red de atención y perfeccionar la asistencia.

Estudios comparativos entre Brasil y Canadá evidencian diferencias asistenciales, principalmente sobre el soporte para la prevención del duelo complicado. El contacto físico con el bebé, la interacción y el acto de guardar recuerdos (objetos, fotos o videos), además del apoyo profesional tras la pérdida, son medios que auxilian a la familia en la elaboración del duelo(18). Otras investigaciones abordan la responsabilidad del equipo en incentivar la creación de memorias: ver, tocar, bañar, vestir y nombrar al bebé son rituales de cuidado fundamentales(19). Se enfatiza la necesidad de respetar la cultura de cada familia y su posible rechazo al contacto, correspondiendo al equipo, con énfasis en el enfermero, la oferta sensible de estos cuidados.

Aunque la institución no posea registros formales de estos rituales, los datos muestran que el cuerpo del bebé permanece en el sector entre 1 y 6 horas en el 47,22% de los casos —intervalo viable para la oferta de soporte por parte del equipo. Además, los indicadores demostraron que el contacto piel con piel ocurrió en el 36,11% de los casos; este cuidado puede ser más estimulador para que más familias se beneficien. Se resalta que la asistencia al nacimiento de un feto sin vida representa una vivencia delicada para los profe-

sionales, cuyo malestar puede reflejarse en la calidad de la asistencia, especialmente por la falta de soporte institucional para lidiar con tales situaciones^(7,20). Protocolos como el SPI-KES y la guía del Royal College of Obstetricians & Gynaecologists pueden orientar al equipo en este proceso^(21,22).

En este estudio, se observó que el 91,43% de las mujeres realizaron la inhibición farmacológica de la lactancia, el 60,00% recibieron atención psicológica institucional y el 34,29% fueron derivadas a la atención primaria. La falta de un protocolo institucional específico resulta en una cobertura de atención psicológica que puede ser reflejo de limitaciones estructurales o del número de profesionales para atender la demanda.

En cuanto a las características fetales, el 63,89% de las muertes ocurrieron en el anteparto, lo que corrobora los datos del IBGE de 2021 (89,84%)⁽¹²⁾. Sin embargo, hubo divergencia en cuanto al sexo: en esta investigación prevaleció el femenino (58,33%), mientras que en el escenario nacional prevalece el masculino⁽¹²⁾. En relación con el peso y la edad gestacional, este estudio señaló la predominancia de pretérminos extremos y de extremo bajo peso, oponiéndose a la tendencia nacional de pretérminos moderados y bajo peso⁽¹²⁾.

Entre las limitaciones del estudio, destacan la dificultad en la recolección debido a la segmentación de los registros y la ausencia de un protocolo institucional, lo que dificulta la compilación de información. La incompletitud de los datos demuestra fragilidad en el proceso de registro por parte

de los profesionales e ineficacia del actual método de captación de información en los casos de óbito fetal.

CONCLUSIÓN

Se enfatiza que el cuidado humanizado debe iniciarse en la acogida realizada por el enfermero desde la puerta de entrada del servicio, permeando el parto, el parto y el puerperio. Es imprescindible que estas pacientes tengan acceso a cuidados holísticos, independientemente de la viabilidad fetal.

Este estudio contribuye a dar visibilidad a la asistencia en el duelo, destacando como esenciales el acompañamiento multiprofesional, la oferta de rituales de cuidado para la resignificación del proceso y la implementación de protocolos que uniformen las conductas ante la pérdida gestacional.

Por último, se infiere que el objetivo propuesto fue alcanzado, sugiriéndose una reorganización de la asistencia y del registro de las pérdidas. Tal medida busca otorgar mayor visibilidad a estos casos, considerando la estrecha relación entre la tasa de mortalidad fetal y la calidad de la asistencia prestada en la red de salud.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

REFERENCIAS

1. Brasil. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. Linha de cuidado à saúde da mulher na perda perinatal [Internet]. Fortaleza: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará; 2025 [citado 2025 Dic 01]. Disponible en: <https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2025/01/RESOLUCAO-525-ANEXO-Linha-de-Cuidado-a-Saude-da-Mulher-na-Perda-Perinatal.pdf>
2. Rocha JBF, Bezerra IMP, Oliveira EK da S, Sena ABE, Leitão FNC, Abreu LC. Space-time trends in fetal mortality in Brazil, 1996-2021. *Rev Saude Publica*. 2025;59:e2. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2025059006194>. PMID: 40172471
3. United Nations Children's Fund, World Health Organization, World Bank Group, United Nations Department of Economic and Social Affairs, United Nations Economic Commission for Latin America and the Caribbean, Standing up for stillbirth: current estimates and key interventions. Report of the United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation, 2024 [Internet]. New York: UNICEF; 2024 [citado 2025 Dic 2]. Disponible en: <https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2025/04/UNIGME-Stillbirth-Report-2024.pdf>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Síntese de evidências para políticas de saúde: reduzindo a mortalidade perinatal [Internet]. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [citado 2025 Jul 12]. Disponible en: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sintese_evidencias_politicas_mortalidade_perinatal_3ed.pdf
5. World Health Organization. International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (ICD-11) [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [citado 2025 Jun 10]. Disponible en: <https://icd.who.int/browse11>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de gestação de alto risco [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2022 [citado 2025 Jun 11]. Disponible en: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MjA4Ng%E2%87%92>
7. Ssegujja E, Ddumba I, Andipatin M. An exploration of health workers' experiences in providing bereavement care to mothers following a stillbirth: results from a subnational level health system in Uganda. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2023;23(1):588. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05913-x>. PMID: 37592205
8. O'Connor E, Leitao S, Fogarty AP, Greene R, O'Donoghue K. A systematic review of standardised tools used in perinatal death review programmes. *Women Birth*. 2024;37(1):88-97. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2023.09.006>. PMID: 37793961
9. Kosie J, Lew-Williams C. Open Science Considerations for Descriptive Research in Developmental Science. *Infant Child Dev*. 2024;33(1):e2377. <https://doi.org/10.1002/icd.2377>. PMID: 38389731
10. Pérez-Guerrero EE, Guillén-Medina MR, Márquez-Sandoval F, Vera-Cruz JM, Gallegos-Arreola MP, Rico-Méndez MA et al. Methodological and Statistical Considerations for Cross-Sectional, Case-Control, and Cohort Studies. *J Clin Med*. 2024;13(14):4005. <https://doi.org/10.3390/jcm13144005>. PMID: 39064045
11. Dewidar O, Shamseer L, Melendez-Torres GJ, Akl EA, Ramke J, Wang X, et al. Improving the Reporting on Health Equity in Observational Research (STROBE-Equity): Extension Checklist and Elaboration. *JAMA Netw Open*. 2025;8(9):e2532512. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2025.32512>. PMID: 40899932.

12. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2021 [citado 2025 Oct 20]. Disponible en: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/fet10uf.def>
13. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco [Internet]. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2013 [citado 2025 Mayo 10]. Disponible en: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf
14. Brasil. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União [Internet]. 7 abr 2005 [citado 2025 Mayo 20]. Disponible en: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm
15. Brasil. Lei nº 14.737, de 27 de novembro de 2023. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), para ampliar o direito da mulher de ter acompanhante nos atendimentos realizados em serviços de saúde públicos e privados. Diário Oficial da União [Internet]. 27 nov 2023 [citado 2025 Mayo 20]. Disponible en: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/14737.htm
16. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;7(7):CD003766. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd003766.pub6>. PMID: 28681500
17. Rocha L, Costa R, Gomes Í EM, Alves IFB de O, Rosa R, Lima MM. Dificuldades enfrentadas pela enfermagem no cuidado à mulher com óbito fetal. *Saberes Plurais Educ. Saude*. 2023;7(1):e128168. <https://doi.org/10.54909/sp.v7i1.128168>
18. Paris GF, Montigny F, Pelloso SM. Professional practice in caring for maternal grief in the face of stillbirth in two countries. *Rev Bras Enferm*. 2021;74(3):e20200253. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0253>. PMID: 34133679
19. Peberdy L, Young J, Massey D, Kearney L. Integrated review of the knowledge, attitudes, and practices of maternity health care professionals concerning umbilical cord clamping. *Birth*. 2022;49(4):595-615. <https://doi.org/10.1111/birt.12647>. PMID: 35582849
20. Serafim TC, Camilo BHN, Carizani MR, Gervasio M de G, Carlos DM, Salim NR. Attention to women in situation of intrauterine fetal death: experiences of health professionals. *Rev Gaucha Enferm*. 2021;42:e20200249. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200249>. PMID: 34037113
21. Martins NQB, Thomazini MG, Rodrigues MT, Matos MS, Souto RR. Comunicação de más notícias através do protocolo SPIKES: uma revisão bibliográfica. *Rev. Master*. 2023;8(15). <https://doi.org/10.47224/revistamaster.v8i15.414>
22. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists. Care of parents following stillbirth and neonatal death [Internet]. London: RCOG; 2022 [citado 2025 Nov 14]. Disponible en: <https://www.rcog.org.uk/guidance/browse-all-guidance/green-top-guidelines/care-of-parents-following-stillbirth-and-neonatal-death-green-top-guideline-no-55/>

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Concepción del estudio: Trigueiro TH, Rabelo M.

Obtención de datos: Peripolli LO, Arruda KA, Rabelo M.

Análisis de datos: Vicari K, Trigueiro TH.

Interpretación de los datos: Vicari K, Trigueiro TH.

Todos los autores se responsabilizan de la redacción textual y de la revisión crítica del contenido intelectual, de la versión final publicada y de todos los aspectos éticos, legales y científicos relacionados con la exactitud e integridad del estudio.



Copyright © 2026 Online Brazilian Journal of Nursing

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.