

PROTOCOLO-GUIA MUERTE FETAL Y PERINATAL

“Lo esencial es invisible a los ojos,
no se ve bien sino con el corazón”

HUMV

Abril 2016

Manuela Contreras García y Beatriz Ruiz Soto. (Matronas. Unidad Obstetricia HUMV)

Dra. Ana Orizaola Ingelmo (Neonatólogo. Unidad Neonatal HUMV)

Dra. Jubete/Dr. Odriozola (Obstetras. Unidad Neonatal HUMV)

Colabora: Red el Hueco de mi Vientre.

INDICE

INTRODUCCIÓN	3
OBJETIVOS.....	6
GUÍA DE ACTUACIÓN	7
Admisión	8
Información y planificación	9
Inducción/Dilatación	10
Parto	10
Puerperio Inmediato	11
Hospitalización-Puerperio	12
Alta	12
EVALUACIÓN	13
BIBLIOGRAFÍA.....	15
ANEXOS.....	17
ANEXO 1: COMUNICAR MALAS NOTICIAS.....	17
ANEXO 2: APOYO ANTE LA MUERTE DE TU BEBÉ.....	17
ANEXO 3: OPCIONES DE TRATAMIENTO	20
ANEXO 4: OFRECER AYUDA	21
ANEXO 5: CREAR RECUERDOS.....	22
ANEXO 6: HOJA DE RECOMENDACIONES PARA LOS PADRES	22
ANEXO 7: DOCUMENTACIÓN ESPECÍFICA	25
ANEXO 8: DÍPTICOS Y MODELO RECOGIDA HUELLAS (para entregar familias)....	27

INTRODUCCIÓN

La sociedad actual tiende a negar la muerte, más aún la acontecida en los niños ya nacidos o todavía en la etapa intrauterina de desarrollo. Sin embargo las cifras de mortalidad en estas etapas de la vida no son bajas. Se estima que entre el 15-20% de los embarazos clínicos acaban en un aborto espontáneo. **En Cantabria** la tasa de **mortalidad perinatal**¹ es de 4.54 por cada 1000 nacidos vivos (2013).

La **Organización Mundial de la Salud**, en la 10ª revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (**CIE-10**), considera en la cronología de la gestación:

- **Muerte fetal temprana:** hace referencia a fetos de menos de 22 semanas de gestación y/o < 500 gramos de peso. Se hace así referencia a los “ABORTOS”.
- **Muerte fetal intermedia:** comprende los fetos de entre 22-28 semanas de gestación y/o peso entre 500-999 gramos.
- **Muerte fetal tardía:** incluye muertes fetales a partir de los 1.000 gramos de peso y/o mayores de 28 semanas completas de gestación.

Este protocolo se centra en la atención a la familia, ante la muerte de su hijo, ya sea muerte **fetal intermedia, muerte fetal tardía o muerte perinatal**. Por supuesto, puede ser aplicado, adaptándolo a la singularidad de cada experiencia, en casos de muerte fetal temprana así como en cualquier etapa del periodo neonatal.

La muerte de un hijo intraútero o intraparto está reconocida como una de las **experiencias más traumáticas que unos padres pueden vivir y puede estar asociada con efectos psicológicos a largo plazo**. Además, los padres pueden haber tenido experiencia limitada o nula con la muerte, están normalmente asustados y confusos ante el proceso médico-familiar-personal que tendrán que atravesar y cuáles son las posibles opciones.

Aunque el proceso de duelo es algo normal y natural ante la muerte fetal y neonatal, **hasta un 25% de los padres y madres** presentan graves problemas de depresión y ansiedad varios años después del hecho. Se ha demostrado ampliamente la importancia de **la prestación de un servicio de calidad y humano en los momentos de la muerte del hijo para facilitar el proceso de duelo**.

¹ Desde 28 semana gestación hasta la primera semana de vida. Aunque el concepto de mortalidad perinatal está cambiando y muchos autores y artículos de investigación, incluyen en esta etapa la muerte acontecida en cualquier momento del embarazo, y la cesión de hijos por adopción.

Antes de los años 70, la práctica habitual en los hospitales después de una muerte intraútero, era desanimar a los padres a ver a su bebé fallecido. A finales de los 70, se comenzó a prestar atención a la petición de los padres de ver a su bebé, y surgieron una serie de estudios de los cuales se derivó un cambio en estas prácticas. En 2002 se publica un estudio que cuestiona la indicación de ver al bebé por un posible efecto psicológicamente negativo a largo plazo. En la práctica, no hay evidencia alguna de que desanimar a los padres a ver a su hijo ayude a su salud emocional a largo plazo.

Muchos estudios y guías de actuación, publicadas antes y después del 2002, demuestran que **los padres se pueden beneficiar de haber pasado tiempo con su hijo, y de haber obtenido recuerdos (como fotografías)**, porque ayuda a reconocer la realidad de la muerte, decir adiós, y a llorar la pérdida.

Normalmente, los padres ven y abrazan a su hijo tras su nacimiento. Por eso, parece un contrasentido que no deseen ver a su bebé fallecido ni se beneficien de ello. Si desean estar con su bebé fallecido, y de qué manera, es **una decisión muy personal**, y es importante **asegurarse que todos los padres reciben el apoyo y la información suficientes** que les permita tomar decisiones adecuadas.

Actualmente, líderes internacionales en los cuidados de la pérdida perinatal hacen recomendaciones basadas en estudios empíricos, sabiduría descriptiva, experiencias prácticas directas de profesionales sanitarios interdisciplinarios, y el trabajo de apoyo de organizaciones de padres que han sufrido una pérdida.

Las recomendaciones son:

Proveer un estándar de cuidados que refleje el deseo natural de los padres de ver y abrazar a su hijo tras el nacimiento, y brinde las herramientas útiles a los profesionales involucrados en la atención del proceso.

➤ **DESPUÉS DE COMUNICAR LA MALA NOTICIA:**

- Fomentar una relación con los padres basada en la sensibilidad.
- Entender el impacto de la noticia en los padres.
- Ofrecer información sobre las opciones de manera sencilla.
- Asegurarles acompañamiento durante todo el proceso.

➤ **DURANTE EL PARTO Y NACIMIENTO:**

- Si los padres no han expresado ninguna inquietud sobre el contacto con su hijo, proceder con tanta naturalidad y respeto como se haría con cualquier padre que desea ver a su esperado bebé recién nacido

➤ **DESPUÉS DEL NACIMIENTO:**

- Orientar de forma delicada e individualizada mientras los padres conocen a su hijo.
- Normalizar el contacto profesional con el niño fallecido para mostrar a los padres un camino a seguir.
- Ofrecer la posibilidad de tener algún recuerdo del bebé.
- Respetar y apoyar completamente los deseos de los padres que declinan ver o pasar tiempo con su hijo. Valorar si desean custodia de algún recuerdo durante algún tiempo. Valorar si desean que el acompañamiento lo realice otra persona.

También es una recomendación durante todo el proceso, dar **información escrita (además de verbal)**, ya que los padres pasan por una etapa inicial, tras recibir la noticia, en los que se sienten con dificultades para retener la información y decidir.

Los padres experimentan las mismas reacciones que las observadas en otras situaciones de duelo, como sentimientos de vacío interior, culpabilidad, irritabilidad, pena abrumadora, temor a un nuevo embarazo, rabia, incredulidad y apatía. Cada pareja vivirá el duelo, según su idiosincrasia, personalidad y entorno sociocultural. Es difícil establecer un modelo de comportamiento uniforme. Los estudios afirman la importancia de **comprender la singularidad de los padres** a la hora de ayudarles a enfrentarse a una pérdida perinatal, y de **involucrarles en la toma de decisiones** sobre el futuro del hijo. **Aumentar la autonomía de los padres para decidir** reduce el riesgo de duelo complicado o el sentimiento de ira, la irritabilidad, los trastornos de alimentación/sueño o la depresión, y el intenso sentimiento de culpa tan característico de este duelo

El duelo perinatal **puede complicarse** con síntomas psiquiátricos si concurren algunos factores como: presencia o antecedentes de problemas psiquiátricos previos, historia de pérdidas recurrentes, falta de hijos, de pareja estable, de familia o apoyo social; subóptimo contacto con el hijo fallecido, inexistencia de una explicación para lo sucedido, dar información insuficiente o rehuir el contacto con los padres, y finalmente, que la pérdida coincida con otros problemas vitales importantes. Muchos de estos factores se dan cuando los padres sufren el paro o la precariedad laboral, o la inmigración forzosa, o cuando no se permite ni promueve el protagonismo de los padres en el proceso y no se actúa de modo cercano y comprensivo con el impacto de la pérdida. En el duelo tras aborto espontáneo también influye negativamente que sea el primer embarazo, apego inseguro o que el hijo no sea programado, que se trate de una gestación al final de la vida reproductiva o fruto de técnicas de fertilización...

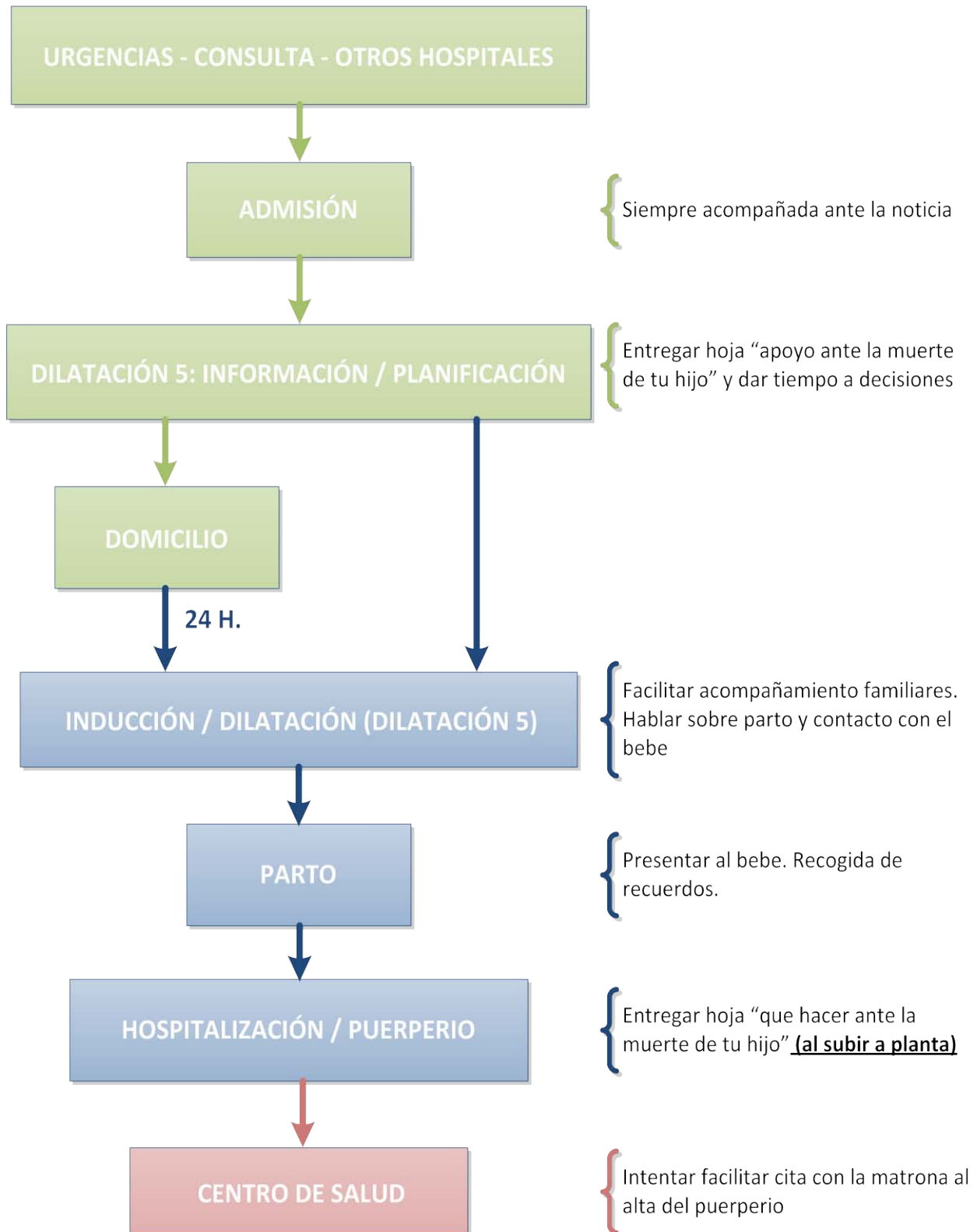
El abordaje terapéutico de estas situaciones, debe ser llevado a cabo por un **equipo multidisciplinar**. Todos los profesionales deben conocer las respuestas que puede experimentar la mujer, en el **plano bio-psico-social-espiritual**, para proporcionarle una asistencia de calidad. Esto facilitará a los padres y otros miembros de la familia, el inicio de

respuestas saludables, reducirá el sentimiento de culpa y aislamiento, y les ayudará a reconocer la identidad propia del recién nacido. Aspectos que, según la bibliografía consultada, han demostrado que el duelo se está elaborando correctamente.

OBJETIVOS

- 1- Evaluar y adecuar las actividades que se realizan actualmente en el H.U.M.V. hacia la mujer, su pareja y su familia en relación a la muerte fetal intraútero o intraparto **adecuándolas a las recomendaciones de buena práctica actuales.**
- 2- **Dotar a los profesionales de una guía de actuación** que les ayude a orientar sus cuidados a las necesidades de cada persona/pareja.
- 3- Posibilitar un ambiente afectivo-empático y diversas estrategias que permitan a la pareja y familia aceptar la realidad de la pérdida, **proporcionando una atención más humana.**
- 4- **Facilitar** a los padres toda **la información necesaria** acerca de opciones terapéuticas, gestiones a realizar, documentación a cumplimentar, consultas sucesivas..., a fin de que ellos **sean capaces de decidir**, lo cual ayuda a integrar mejor esta dolorosa experiencia.
- 5- Establecer un nexo de **comunicación tras el alta hospitalaria entre Atención Especializada y Primaria** (Se ha creado una cita específica posnatal primer martes de cada mes Dra González donde se citaran estos casos)
- 6- Formar un grupo multidisciplinar de actuación que evalúe y actualice periódicamente la guía de actuación y que sirva como apoyo para el resto de los profesionales implicados en el proceso.

GUÍA DE ACTUACIÓN



ADMISIÓN

✓ Ante la consulta de ausencia o disminución en la percepción de movimientos fetales, **favorecer el acompañamiento continuo del familiar** que la mujer desee.

✓ La matrona comprobará con Sonicaid la presencia o no de latido cardiaco fetal.

✓ Se avisará al Equipo Obstétrico para valorar a la paciente y/o confirmar la muerte fetal intraútero. Si existe posibilidad de que el neonato sobreviva al parto se avisará al neonatólogo para informarle de la situación.

✓ Tras la confirmación ecográfica de ausencia de latido y diagnóstico de M.F, el obstetra (preferiblemente uno solo) deberá:

1. Dar información breve, clara y concisa y veraz y con sensibilidad **(Anexo 1. Página 17)**. (Se trata de dar una primera información, ya que de admisión se pasará a la dilatación nº5, donde se continuará dando más información en un ambiente tranquilo y silencioso.)

2. Responder a sus preguntas e inquietudes. Permanecer en calma frente a sus reacciones. El duelo suele comenzar con una fase de negación de la realidad y de búsqueda de culpabilidades.

3. Realizar una anamnesis detallada. Es importante revisar de forma minuciosa la Documentación aportada y la Historia Clínica del Centro, con el fin de no agobiar a la paciente. No obstante, para aquellos aspectos que se necesiten, interrogar a la paciente sobre su sintomatología, permitiendo colaborar a su pareja o acompañante en las respuestas para facilitar la interacción entre el profesional y la pareja, pudiendo responder a sus angustias o calmar su sentimiento de culpabilidad. Se valorará:

- Informes clínicos y datos analíticos realizados hasta el momento en poder de la gestante o que se encuentren en la historia clínica: determinaciones hematológicas, bioquímicas, serológicas (toxoplasmosis, rubéola, VIH, virus de Hepatitis B y C, sífilis, CMV, listeriosis, serología enfermedad de Chagas en pacientes procedentes de zonas de riesgo), Grupo sanguíneo y Rh, Test de Coombs.

- Posible patología materna asociada a la muerte fetal anteparto, tales como hipertensión, embarazo múltiple, placenta previa y abruptio placentae síndrome Hellp, feto CIR, corioamnionitis y trombofilias: Solicitud de estudio anatómo- patológico de placenta y cordón y eventual estudio genético, y/o test de Kleihauer-Bekte.

4. Traslado a una habitación de dilatación lo más alejada posible de llantos de RN (nº 5 u 8 en el nuevo área)

✓ En los casos en los que la muerte no haya acontecido aún, pero sea posible por una edad gestacional por debajo del límite de viabilidad o malformación incompatible con la vida, informar al equipo neonatología, que visitará e informará a la mujer.

INFORMACIÓN Y PLANIFICACIÓN

✓ De admisión ingresará en la habitación de dilatación número 5 u 8 en el nuevo área, donde **se dejará un tiempo** para la expresión íntima de los sentimientos, procurando un ambiente íntimo, sosegado y de confianza.

✓ Se entregará la **hoja "apoyo ante la muerte de tu bebé" (Anexo 2. Pág. 17)**, que les explicaremos e indicaremos que lo lean y nos avisen cuando precisen.

✓ Después de esto, ginecólogo y matrona (y neonatólogo en caso de que el hijo vaya a nacer con vida) **hablarán con los padres a cerca de** cuestiones que aparecen en la hoja:

1. Opciones de tratamiento: La vía de elección de finalización del proceso es la vaginal: inducción inmediata o tras 24h. Si no existe complicación materna asociada, sería posible **demorar la inducción al menos durante las primeras 24 horas** para facilitar la asimilación de la nueva situación y la toma de decisiones. Informar sobre el riesgo de complicaciones. **(Anexo 3. Pág. 20)**.
2. Si deciden inducción tras un tiempo (plazo máximo de 24h) se irá a su domicilio con el **teléfono del servicio y la referencia del médico de guarda y la matrona que le atendió**.
3. Procedimientos del parto. Atención en el nacimiento.
4. **Posibilidad de recoger recuerdos de su hijo.**
5. Manejo del **cuerpo del RN: Por el hospital** (que se tratará como residuos biológicos o si desean y hay posibilidades como donación para fines científicos), o **la familia (entierro o incineración)**. Siendo conscientes por parte del profesional que esta última opción ayuda a transitar el duelo
6. **Procedimientos administrativos:** consentimientos o certificados a firmar (Declaración del nacimiento y defunción en el Registro Civil o Declaración y Parte de alumbramiento de criaturas abortivas)
7. Posibilidad de hacer **Autopsia**.

INDUCCIÓN/DILATACIÓN

✓ Al inicio de la inducción:

1. Valorar la utilización de algún símbolo que señale a todo el personal que en esa habitación se está desarrollando un proceso de muerte fetal (puede ser una flor).

2. Valorar la realización de todo el proceso (analgesia epidural y periodo expulsivo) en dicha habitación (nº 5 u 8 en el nuevo área).

3. Control analítico: Estudio de sensibilización materna y pruebas de coagulación que no deben repetirse salvo situación clínica concreta : DPPNI, hemorragia anteparto , sepsis, muerte fetal retenida semanas para descartar CID.

4. Valorar adscribir al mismo personal (matrona, EIR, auxiliar, ginecólogo, anestesista y MIR) para todo el proceso en la medida de lo posible para asegurar la coordinación y continuidad de los cuidados entre profesionales.

✓ Facilitarles un ambiente lo más íntimo y sosegado posible permitiendo el acompañamiento de quien deseen los padres.

✓ Escuchar y consensuar las decisiones con respecto al parto. Control de la evolución clínica del mismo

✓ Explicar los procedimientos que se realizarán.

✓ Contestar a las preguntas.

✓ Ofrecer ayuda, escucha y acompañamiento compasivos. **(Anexo 4.Pág. 21)**

✓ Procurar los métodos de alivio del dolor que desee, incluyendo epidural precoz.

✓ Explicar la **posibilidad de recoger recuerdos de su hijo, llamarle por su nombre, posibilidad, de hacer fotos, recoger huellas**, etc.

✓ Dar la **opción de ponerle su propia** ropa al final.

✓ **Recomendarles coger al recién nacido y estar el tiempo que necesiten con él.**

✓ **Valorar la necesidad de asistencia religiosa.**

✓ Respetar sus decisiones en todo momento.

✓ Dar a **firmar los permisos** específicos. **(Anexo 7. Pág 25)**

PARTO

✓ Facilitar un ambiente tranquilo, sosegado e íntimo.

✓ Informar de la evolución del proceso y procedimientos que se están realizando. Evitar en lo posible la realización de episiotomía.

✓ **El momento del pujo puede ser especialmente duro.** Sobre todo si el hijo está con vida, la mujer puede no querer pujar porque siente que eso es el final y en cierto modo está anticipando el fallecimiento del hijo. Es importante **cuidar la analgesia** y no tener prisas para iniciar el pujo.

✓ **Avisar al neonatólogo cuando se prevea que el neonato nacerá con signos vitales.**

✓ Preparar la cuna del bebé en el lugar del parto. Si todo está sucediendo en la sala de dilatación 5 (u 8 en el nuevo área) tendrá una cuna allí, si sucede en un paritorio se utilizará transitoriamente la cuna de reanimación como en el resto de los partos. Se ofrecerá poner al neonato en contacto con su madre, piel con piel o en la misma cama. Si no desea verlo se sacará al neonato de la habitación a la cuna de reanimación de postparto.

✓ Introducir la placenta en un recipiente (con formol en caso de fines de semana). Debe ir correctamente identificado con nombre, apellidos y nº de historia de la madre. Se enviará al Servicio de Anatomía Patológica junto con el consentimiento. Si piden un análisis microbiológico de placenta, se mandará un trozo de la misma sin formol.

✓ Cuando se haya tomado la decisión de **adecuación del esfuerzo terapéutico** para el neonato, las medidas de confort y cuidados se realizarán donde elijan los padres (en el paritorio/planta obstetricia / neonatología) y de forma consensuada con ellos. Se **ofrecerá el contacto del hijo recién nacido con los padres para facilitar que muera abrazado por ellos.** En los casos que no deseen estar con el recién nacido se les preguntará por algún familiar que pudiera acompañarlo.

PUERPERIO INMEDIATO

✓ Tratar al recién nacido amorosamente y con respeto en todo momento.

✓ **Explicar el estado físico del hijo. Llamarle por su nombre.**

✓ **Realizar el contacto con el bebé según lo planificado. Ofrecerles y recomendarles estar con él,** en ese momento o cuando lo deseen (dejar abierta esa posibilidad), hasta 2 horas. Si no desean los padres, es conveniente presentarlo a un familiar directo previamente pactado.

✓ Explicar los procedimientos, responder a sus preguntas, respetar sus silencios.

✓ **Identificar al RN y madre según protocolo de identificación habitual.**

✓ Registrar el **peso** del neonato.

- ✓ Preparar y vestir al bebé, con su propia ropa o la que halla en el centro. Ofrecer a los padres la posibilidad de hacerlo ellos (si se valora que tienen esa disposición). (si no van a realizar autopsia. Si la realizan mandar la ropa sin poner junto con el cuerpo del bebé).
- ✓ **Recoger los recuerdos** relacionados con el bebé (**Anexo 5. Pág. 22**). Asistencia religiosa si desean.
- ✓ Facilitar el **contacto con el resto de la familia**.
- ✓ **Entregar el sobre con los “recuerdos de nuestro hijo”**
- ✓ **Dar hoja de recomendaciones (Anexo 6. Pág. 23)**. Así tienen tiempo de procesar la información y aclarar dudas en el puerperio de hospitalización
- ✓ Traslado a AP.

HOSPITALIZACIÓN-PUERPERIO

Toda la fisiología de la mujer se ha preparado para su bebé y éste no está. Se produce una gran discordancia entre su realidad y comportamiento.

- ✓ Intentar que esté en una **habitación individual** lo más tranquila posible y alejada de los llantos de los niños. Recomendable Planta 3. Valorar alta precoz.
- ✓ Continuar dando apoyo emocional.
- ✓ Valorar la necesidad de interconsulta con el psicólogo.
- ✓ Control clínico del puerperio. (útero, mamas, loquios, eliminación de epidural, constantes, etc.)
- ✓ Inhibición de la lactancia farmacológica salvo contraindicaciones o edad gestacional inferior a 18 semanas. Si lo solicita la mujer, considerar inhibir la lactancia de manera no farmacológica.

ALTA

Favorecer el alta precoz.

- ✓ Informe de alta. Informar de resultados que se tengan. Planificación familiar. Resumen del proceso y toma de medidas para un futuro (consejo genético y consulta preconcepcional).
- ✓ Continuidad de cuidados y seguimiento médico: **Cita con la matrona del centro de salud (matrona de planta) y en consulta de obstetricia del hospital en 30 días** (se da con el informe de alta). El médico de familia también debe estar al tanto y valorar solicitud de asistencia psicológica.

✓ **Información de los recursos de apoyo (entregar tríptico Red el Huevo de mi Vientre)**

✓ No centrarse sólo en lo emocional, según la edad gestacional las mujeres pueden estar físicamente muy derrotadas (desgarro, episiotomía...). Es un trabajo físico muy duro.

✓ Aconsejar esperar a tener un nuevo embarazo hasta haber hecho un hueco en la familia al hijo fallecido. En terapia familiar, los hijos fallecidos forman parte de la familia, y conviene que tengan su espacio en la misma.

EVALUACIÓN

Adecuar las actividades a nuestro centro en relación a la muerte fetal:

1- Se inició el proceso en la habitación para identificar el equipo

Sí No

2- Asignación específica y continuada de equipo para el proceso

Sí No

3- Se posibilitó la opción de acudir a domicilio previo inicio proceso de inducción

Sí No No, por no cumplir criterios para ello

Guía de actuación para los profesionales

1- ¿Has leído el protocolo de muerte fetal del servicio?

Sí No

2- ¿Has utilizado alguna pauta del protocolo?

Sí No

3- ¿Crees que aporta ayuda al profesional el protocolo?

Sí No

Ambiente afectivo-empático y estrategias para aceptar la realidad de la pérdida

1- ¿Recibió la madre la noticia de la muerte fetal acompañada?

Sí No

2- ¿Recibió la noticia en nuestro hospital?

Sí No

3- ¿Acompañó la familia a la pareja durante el proceso su voluntad?

Sí No

Información necesaria para que los padres adquieran autonomía de decisión

1- ¿Se produjo encuentro entre padres e hijo fallecido?

Sí No, señalar causa _____

2- ¿Se facilitaron recuerdos? (Huellas, fotos, pulsera identificativa)

Sí, señalar cuales _____

No, señalar causa _____

Comunicación al alta Atención Especializada-Primaria

1- Se fue de alta con cita en Atención Especializada?

Sí No

2- Se fue con cita en Atención Primaria?

Sí No

Equipo multidisciplinar: evaluación periódica

1- ¿Se ha creado equipo estructural y funcional en nuestro centro para muerte fetal?

Sí No

2- ¿Se evalúa periódicamente (1-2 veces al año)?

Sí No

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Athey J, Spielvogel AM. Risk factors and interventions for psychological sequelae in women after miscarriage. *Prim Care Update Ob Gyn.* 2000;7(2):64- 69.
- 2- Claramut MA et al. *La cuna vacía.* 1ª edición. Madrid: La Esfera de los Libros; 2009.
- 3- De la fuente U. *Tratado de Obstetricia y Ginecología.* 2ª edición. Madrid: Mc Graw-Hill-Interamericana; 2004. p.397-402
- 4- Fernández-Alcántara M, et al. Factores psicológicos implicados en el Duelo Perinatal. *Index de Enfermería [Index Enferm]* (edición digital) 2012 [Consultado el: 21 de Enero de 2014]; 21(1-2). Disponible en: <http://index-enfermeria/v21n1-2/7625.php>.
- 5- Flenady V, Trish W. Apoyo a madres, padres y familias después de la muerte perinatal. 2008[Consultado el: 21 de Enero de 2014]. (Revision Cochrane traducida). En: *Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número 3.* Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 1 Art no. CD000452. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- 6- Galán S, et al. Resultados del mal control del embarazo en la población inmigrante. *Prog Obstet Ginecol.* 2008; 51(4): 215-23.
- 7- González S, et al. Papel de la matrona en el manejo del duelo perinatal y neonatal. *Cad Aten Primaria.* 2013;19:113-117.
- 8- Kübler-Ross, E y Kessler, D. *Sobre el duelo y el dolor.* 1ª edición. Barcelona: Ed. Luciérnaga; 2006.
- 9- Santos P, Yáñez A, Al-Adib M. *Guía de atención profesional a la pérdida y el duelo durante la maternidad.* Servicio Extremeño de Salud; 2015
- 10- Pastor SM, et al. La vivencia de la pérdida perinatal desde la perspectiva de los profesionales de la salud. *Latino-Am enfermagem,* 2011; 19 (6): [08 pantalla]
- 11- Paz M. Factores asociados al cumplimiento del protocolo de embarazo en inmigrantes africanas y su repercusión en la morbilidad neonatal en Cantabria. (Tesis Doctoral). Cantabria. Departamento de ciencias médicas y quirúrgicas de la facultad de Medicina, Universidad de Cantabria; 2012.
- 12- Pía-López A. Duelo perinatal: un secreto dentro de un misterio. *Asoc Esp Neuropsiq.* 2011;31(109):52-70.
- 13- Rengel C. Plan de cuidados de enfermería para la pérdida perinatal y el aborto. *Enfermería Docente.* 2010;91:37-43.

- 14- Río I, et al. Evaluación de la mortalidad perinatal en mujeres autóctonas e inmigrantes: influencia de la exhaustividad y la calidad de los registros. Gaceta Sanitaria [internet]. 2009[consultado el: 21 de Enero de 2014]; 23(5). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0213-91112009000500008>.
- 15- Cacciatore J. Psychological effects of stillbirth. Semin Fetal neonatal Med. 2013;18(2): 76-82
- 16- Cowchock FS, Ellestad SE, Meador KG, Koenig HG, Hooten EG, Swamy GK. Religiosity is an important part of coping with grief in pregnancy after a traumatic second trimester loss. J Relig Health. 2011;50:901-10.
- 17- Flenady V, Boyle F, Koopmans L, Wilson T, Stones W, Cacciatore J. Meeting needs of parents after a stillbirth or neonatal death. BJOG. 2014;121(4):137- 40
- 18- Jones BL, Contro N, Koch KD. The duty of the physician to care for the family in pediatric palliative care: context, communication, and caring. Pediatrics. 2014;133(1):8-15.
- 19- Fernández M, Cruz F, Pérez N, Robles H. Factores psicológicos implicados en el duelo perinatal. Index Enferm. 2012; 21(1-2):48-52.
- 20- Blood C, Cacciatore J. Best practice in bereavement photography after perinatal death: qualitative analysis with 104 parents. BMC Psychology. 2014; 2(1):15.

ANEXO 1: COMUNICAR MALAS NOTICIAS

- . “Me temo que hay malas noticias”
- . “Siento decirles que los resultados no son los esperados”
- . “Me temo que esta no es la noticia que deseaban”
- . Usar los términos correctos, como muerte o murió
- . No intentar minimizar la situación y buscar consuelos “rápidos”
- . Es mejor decir que no se sabe muy bien qué decir, que hablar por hablar
- . Responder a todas sus preguntas lo más rápido posible, no dar información si no estás seguro de que es correcta.
- . Respetar:
 - El dolor: supone un gran impacto emocional, inesperado.
 - Al hijo: darle valor, es único. Tenga la edad gestacional que tenga.
 - La maternidad: va a tener un hijo aunque sea sin vida.
 - La paternidad: atender las necesidades del padre.
- . A las personas en estado de shock y aflicción les resulta difícil asumir y recordar lo que se les ha dicho. Puede ser de ayuda repetirles la información o decírselo de diferentes maneras además de dársela por escrito.

ANEXO 2: APOYO ANTE LA MUERTE DE TU BEBÉ

Cuando un bebé muere, los padres con frecuencia se sienten sobrepasados por la tristeza. Intentamos entenderlos y sabemos que los días y semanas siguientes a la muerte de tu bebé pueden ser confusos y difíciles.

Es especialmente duro porque hay decisiones importantes que tenéis que tomar, en un tiempo en el que probablemente os sintáis bastante incapaces para pensar con calma y claridad sobre algo.

No hay recetas para hacer estas cosas. Tomaros vuestro tiempo, no necesitáis tomar estas decisiones inmediatamente. Intentad hacerlo paso a paso.

Este folleto aborda vuestras necesidades inmediatas y el nacimiento de vuestro hijo.

En cada turno, una matrona, una auxiliar, un ginecólogo, un anestesista y un neonatólogo, si se precisa, estarán con vosotros.

Esperamos que esta información os ayude a comprender lo que estáis viviendo, y nuestros servicios pretendemos que os ayuden a empezar el duelo por la muerte de vuestro hijo.

Apoyo emocional

Las reacciones al dolor son muy diferentes. Tú y tu pareja es probable que experimentéis de diferente forma las emociones y los sentimientos ante esta situación. Forma parte del proceso psicológico tras recibir una noticia de tal impacto, que la primera reacción de los padres y el entorno sea querer olvidar, pasar página” rápido o tratar de vivir como si nada hubiera pasado. **La experiencia dice que eso no es bueno y no es posible. Que ayuda más vivir el proceso en profundidad, “mirarlo de frente”, afrontarlo activamente.** Al hijo no se le va olvidar. No importa el tamaño o la edad de gestación en la que falleciera. Formará parte de la familia para siempre.

El método de inducción

Siempre está indicado que se produzca un parto vaginal.

Si tu estado de salud lo permite, puede que el ginecólogo os ofrezca ir a casa y volver al día siguiente, y así prepararos más para el nacimiento de vuestro hijo, o podéis optar por empezar el proceso de inducción tan pronto como sea posible.

Desde casa podréis poneros en contacto con la matrona o el ginecólogo de guardia cuando lo necesitéis en el teléfono: 942203749

El método de inducir el parto depende de la semana de embarazo en la que estés y las condiciones del cuello uterino.

El ginecólogo y la matrona os explicarán cuál de estas opciones sería la más adecuada. A veces puede llevar tiempo inducir el parto. Por favor estaros preparados para ello

Alivio del dolor

La inducción y el parto pueden a veces ser largos, son procesos dolorosos. El alivio del dolor siempre está disponible. La analgesia epidural estará disponible para cuando la requieras.

Nacimiento de vuestro hijo

Vuestra matrona estará con vosotros durante el parto y el nacimiento. Ella os explicará todo lo que está pasando y estará pendiente de todo lo necesario para vuestro cuidado. Hacia el final del parto se puede sentir presión en el ano y la necesidad de empujar. La

matrona o ginecólogo puede que necesite examinarte para ver si el nacimiento de tu bebé es inminente. Cuando ellos estén seguros de que estás preparada entonces te animaran a empujar para dar a luz a tu hijo. Con tu permiso tu matrona te pondrá una inyección para facilitar la expulsión de la placenta. Esta normalmente será expulsada tras el nacimiento. Después puede que necesites algún punto. Una vez que tu hijo ha nacido lo trataremos según tus deseos y de acuerdo al plan de cuidados. Puedes cambiar de opinión en cualquier cosa en cualquier momento. La experiencia de los padres que han pasado por esta experiencia, y estudios científicos, aconsejan ver y despedirse del hijo, así como obtener algunos recuerdos (como las huellas de los pies/manos, pulsera identificativa, fotos, etc). Es consolador y ayuda a transitar el duelo expresarles a vuestro hijo el amor y la pena que sentís.

Inmediatamente tras el nacimiento de tu hijo

A lo largo de vuestra estancia también pueden venir vuestra familia si lo consideráis que puedan servir de ayuda en estos momentos tan difíciles. Si habéis decidido que puede ser útil una autopsia, el tiempo en el que el bebé puede estar con vosotros será hasta un máximo aproximado de 2h.

DECISIONES SOBRE VUESTRO HIJO

Autopsia

Os puede ayudar a averiguar por qué murió tu bebe o ayudarte para tomar decisiones sobre futuros embarazos. En un 25% de los casos, la causa de la muerte es desconocida. El obstetra o neonatólogo pedirá una firma para dar vuestro consentimiento si lo deseáis.

Fotografías

Tener fotos ayuda a elaborar el duelo por la muerte de vuestro hijo. Os animamos a hacerlas. Tu matrona puede ayudaros a hacer las fotos a vuestro hijo o si preferís ella puede realizarlas por vosotros. Si no deseáis tener estas fotos en seguida, pueden permanecer guardadas en el hospital 1 año.

Recuerdos

Os entregaremos un sobre en el que incluiremos una tarjeta con las huellas del pie y la mano de vuestro bebé. En el sobre podréis meter otros recuerdos como la pulsera identificativa... Si no deseáis tener estos recuerdos en seguida, pueden permanecer guardadas en el hospital 1 año.

Bendición/bautismo. Funeral/Entierro/cremación

Si quisierais, tu matrona contactará con el capellán del hospital, o podéis solicitar vuestro propio sacerdote para que venga al hospital. En los casos en los que un bebé nace con vida, si lo deseáis, se puede bautizar.

Tendréis que decidir también si enterrar o incinerar a vuestro hijo o realizar un funeral. Esto, que a veces cuesta, en muchas ocasiones ayuda a transitar el duelo y aceptar lo que ha sucedido. También existe la posibilidad de donar el cuerpo para fines científicos o de investigación.

Tu salud

Empezarás a generar leche después del nacimiento de tu hijo. En la planta te ofrecerán dos pastillas para evitarlo, que es posible puedan tener algunos efectos secundarios como mareos, dolores de cabeza o náuseas. Puedes esperar una cantidad moderada de sangrado vaginal, que se reducirá lentamente y algunos momentos de dolor de vientre que puedes aliviar con medicación.

Visitas a atención primaria

Cuando dejes el hospital tendrás una cita para acudir a una visita a tu matrona del centro de salud, para que ella haga un seguimiento de tu estado de salud. Tú y tu pareja necesitareis algún tiempo de baja que puede tramitar el médico de cabecera.

Cita en el hospital

Tu pareja y tú recibiréis una cita para una consulta en el hospital después de 30 días. Entendemos que será difícil volver al hospital pero será en ginecología y os darán la oportunidad de hablar sobre lo ocurrido. Viene bien hacer una lista de cosas que te gustaría preguntar.

(El formato díplico que con esta explicación se entrega a las familias se añade al final de este protocolo. Anexo 8)

ANEXO 3: OPCIONES DE TRATAMIENTO

Más del 85% de pacientes con muerte fetal desarrollan trabajo de parto espontáneamente dentro de tres semanas posteriores al diagnóstico. Si la paciente se encuentra físicamente bien, las membranas están íntegras y no hay problemas de preeclampsia, el riesgo de infección o sangrado es bajo en las primeras 48 horas. (RCOG, 2010).

Hay un 10% de posibilidades de Coagulación Intravascular Diseminada dentro en las 4 semanas después de la muerte fetal, aumentando hasta el 30% a partir de este momento. (E. Shekelle. Gómez, 2007)

En pacientes con muerte fetal, el parto vaginal ocurre dentro de las 24 horas de inducción en un 90% de los casos. (RCOG, 2010).

Si la paciente decide regresar a su domicilio antes de iniciar el trabajo de parto, se le debe dar seguimiento vía telefónica durante las primeras 24 horas para información y soporte.

Debe informarse que mientras más tiempo pasa, la información de la autopsia fetal con fines de búsqueda de causa de muerte, aportará menor información por el deterioro de los tejidos fetales (RCOG, 2010).

ANEXO 4: OFRECER AYUDA

Escucha y acompañamiento compasivos:

Normalmente el equipo de atención sanitaria escucha para conseguir información o saber qué aconsejar. El objetivo de la **escucha compasiva** tiene un propósito muy diferente. Ofrece al hablante tiempo para: pensar, expresar sentimientos, preguntar, hablar sobre sus preocupaciones y temores; alcanzar decisiones (todo con la atención absoluta del oyente). Hablar con un oyente atento sobre las experiencias y sentimientos, especialmente los dolorosos, ayuda. Hablar, llorar, temblar y reír son procesos curativos y son manifestaciones de fortaleza más que de debilidad.

Realizar el acompañamiento compasivo:

- A la manera sencilla y personal de cada uno.
- No hay fórmulas exactas. Intentar comprender la pena ajena.
- Cuidar el lenguaje corporal con coherencia entre lo que decimos, el tono y el lenguaje no verbal que expresamos.
- Necesitan sentirse en un espacio seguro, sin distancias.

Apoyo para el equipo:

Muchos factores hacen que ser testigo del duelo de otros sea duro para el equipo. Esto puede crear la tentación de levantar barreras protectoras y mantener una distancia emocional.

Para poder ofrecer buenos cuidados, hay que ser capaz de mantener los propios sentimientos y creencias aparte para poder centrarse en las necesidades de los padres. Como oyente, es importante compartir la experiencia del cuidado con el resto del equipo.

ANEXO 5: CREAR RECUERDOS

Informar sobre la **función de los rituales**:

- Son necesarios para procesar el dolor y colocarlo en la memoria.
- Nos conectan con nuestra dimensión espiritual.
- Nos ayudan a transitar el proceso de duelo.

Valorar con los padres si desean vestir al bebé y si quieren aportar ropa propia o usar la del centro

Posibilidad de realizar fotos. Si quieren custodia, realizarlas nosotros y enviar o entregar a la supervisora de la unidad, con identificación

Tarjeta del bebé en donde se recogerán las huellas de manos y pies, mechón de pelo, pulsera,...

Guardaremos durante 1 año el sobre de recuerdos del bebé por si no lo recogen inmediatamente; puedan hacerlo con posterioridad cuando estén más sosegados.

Podemos sugerirles que guarden en el sobre también las ecografías si quieren, la cartilla de control de embarazo, etc....

ANEXO 6: HOJA DE RECOMENDACIONES PARA LOS PADRES

La muerte de un hijo es una experiencia muy dolorosa y se necesita tiempo para superarla. A veces 2 incluso 3 años, aunque el dolor no es tan intenso como al principio. Tened paciencia con vuestro proceso. Despedirse de un hijo lleva tiempo y requiere hacer cosas, hacer un camino de aceptar una nueva realidad, diferente a la que teníais y que no imaginabais.

Es muy común que la primera reacción de los padres y el entorno sea querer olvidar, pasar página” rápido o tratar de vivir como si nada hubiera pasado. La experiencia dice que eso no es bueno y no es posible. Que ayuda más vivir el proceso en profundidad, “mirarlo de frente”, afrontarlo activamente. Al hijo no se le va a olvidar. No importa el tamaño o la edad de gestación en la que falleciera. Formará parte de la familia para siempre.

Al principio, el impacto en los padres es de tal magnitud, que os puede llevar a pensar que estáis viviendo algo irreal. Puede que os sintáis enfados o tener necesidad de buscar un culpable. Podéis tener ratos de gran tristeza y ganas de llorar, labilidad, rabia, insomnio, o dificultad para concretaros. Incluso soñar con el bebé, creer oírlo o sentirlo que se mueve en tu vientre. Otras veces se percibe cierta “anestesia de sentimientos” o te puedes encontrar como paralizado, abatido... También puede que perdáis el apetito, las

ganas de salir o de hablar, que sintáis que nadie os entiende o que no vais a ser capaz de superarlo. Todo esto es normal.

Con el paso del tiempo el dolor desgarrador que podéis estar sintiendo suele dejar paso a momentos más suaves y, con el tiempo y aunque nada vaya a ser como antes, se puede ser feliz de una manera nueva. Pero para eso hay que recorrer ese camino (duelo), que cada uno hace a su manera. Os ofrecemos algunas cosas que os pueden ayudar, desde la experiencia de padres que han pasado por una situación similar:

- Expresar la pena, el miedo, la soledad, el rencor, la incomprensión, los remordimientos...
- Aceptar que aunque no puedan quitar vuestro dolor, compartirlo ayuda a sentirse menos solos. Aunque puede que no os sintáis comprendidos por vuestro medio, no debéis aislaros. Pedid ayuda cuando la necesitéis, no esperéis que vuestros amigos, familia... lo hagan, a veces no saben cómo ayudaros.
- Al llegar a casa no es el momento de decidir qué hacer con todo lo que habíais preparado para tu bebé. Esta decisión podréis tomarla más adelante. Que alguien recoja todo en tu lugar y elimine cualquier recuerdo de tu vista no suele ayudar en la elaboración de tu duelo. Se aconseja dejar todo como está y cuando se vayan teniendo fuerzas tú y tu pareja, si la tienes, decidáis qué hacer con todas las cositas de tu hijo/a.
- Viene bien llamar a vuestro hijo por su nombre y preparar una caja de recuerdos donde guardar objetos de apego (foto de vuestro hijo, ecografía, pulsera identificativa, cartilla de embarazo, huellas de la mano/pie...). También elaborar una ceremonia de despedida. Dependiendo de la cultura, religión o creencias puede ser: escribir un diario o una carta, realizar un funeral, plantar un árbol, enmarcar la huella de su mano, así como realizar homenajes de recuerdo en el aniversario de su nacimiento.
- Es importante que comas y duermas bien. Sal a pasear por la naturaleza o entorno apacible para ti.
- Es normal que en la pareja tengáis distintas repuestas al dolor, diferentes manera de vivirlo o expresarlo: Es normal llorar la muerte, hacerle a ese hijo un hueco en la familia.... Pero también es necesario “volver a la vida”. Las dos cosas colaboran a hacer el camino y normalmente en la pareja cada uno aporta una cosa, distinta pero complementaria.

- No viene bien pensar que nadie os comprende, o que vuestro dolor es único y que más que tú no puede sufrir nadie. Tampoco hacerse reiteradamente preguntas sin respuesta, o no permitir os sonreír y sentir de nuevo la alegría de la vida. Podéis buscar pensamientos positivos y cambiar las incesantes preguntas sin respuesta por ideas que os ayudan y os hacen sentir mejor.

- Ayuda pensar, que dentro de la situación tan difícil que vivís, con el paso del tiempo se es feliz de una forma nueva y muchas veces mejor. Se valoran cosas, personas, pequeños detalles de la vida, que antes no se valoraban. Se descubren valores que antes no se tenían, aumenta la sensibilidad por el dolor de otros.... Se experimenta que el amor de unos padres no se acaba con la muerte.

.Lecturas recomendadas:

- Claramunt, M. Àngels y colaboradores. "La cuna Vacía"- Ed. La esfera de los libros, España 2009.

. Webs recomendadas:

- www.elhuecodemivientre.com
- www.umamanita.es
- www.familiae.es
- www.elpartoesnuestro.es
- www.juanpublico.com
- www.superandounaborto.foroactivo.com/portal.htm
- www.uk-sands.org
- www.stillbirthalliance.org
- www.nowilaymedowntosleep.org
- www.stillbirth.carbonmade.com

En Santander existe una Red solidaria de apoyo a personas y familias y que han pasado por esta experiencia, la Red el Hueco de mi Vientre. Puedes visitar su web y ponerte en contacto a través del teléfono: 616234787

"Las personas más bellas con las que me he encontrado son aquellas que han conocido la derrota, conocido el sufrimiento, conocido la pérdida, y han encontrado su forma de salir de las profundidades. Estas personas tienen una apreciación, una sensibilidad y una comprensión de la vida que los llena de compasión, humildad y una profunda inquietud amorosa. La gente bella no surge de la nada" (Elisabeth Kubler-Ross)

“Yo tenía un hueco en el vientre que al principio me resultaba insoportable. Cómo se puede vivir, amar, trabajar, criar, disfrutar, cuando tienes un agujero, estás rota, no estás entera... al final acepté que no iba a rellenarse ese agujero. Nunca. Un día de pronto caí en la cuenta con mucha emoción que un agujero no tiene por qué ser algo tétrico, estéril, triste y negro. Un agujero es el hueco de la guitarra, es una maravillosa caja de resonancia. ¿No podría ser mi hueco del vientre la caja de resonancia para el dolor de otros? Quizá yo podría hacer sonar en mí algo de aquello que callan los inocentes, los que sufren, los olvidados, los pobres... Un hueco puede ser también un refugio. Un lugar seguro. En un hueco cabe alguien, sirve para acoger a otros, un lugar en el que entrar. Como los refugios de la guerra civil. Quizá a mi me sirviera el agujero para atender mejor a otros, para aliviar mejor el dolor, que es mi profesión” (Pilar Gómez Ulla. Tras la muerte de su hijo Camilo. Psicóloga de Familia. Colabora en la red el hueco de mi vientre)

(Formato díplico que con esta explicación se entrega a las familias se añade al final de este protocolo. Anexo 8)

ANEXO 7: DOCUMENTACIÓN ESPECÍFICA

A. **“Consentimiento informado de estudio anatomopatológico fetal y su destino posterior”** 3 copias: Una para la gestante, otra para Anatomía Patológica y otra para la historia.

B. **“Hoja de obstetricia para estudios anatomopatológicos de fetos y placentas”** 2 copias: Una para estudios anatomopatológicos y otra para archivar en partos.

C. **“Declaración y Parte de Alumbramiento de Criaturas Abortivas”.**

1 copia Este impreso oficial, de color rosa, se realiza en caso de muerte fetal (la acontecida antes de la expulsión o extracción completa de su madre) mayor o igual a 25 semanas de gestación o peso mayor o igual a 500gr. Es el equivalente al “Cuestionario para la Declaración de nacimiento en el Registro Civil”, que cumplimentamos tras el parto, de color amarillo. Es fundamental que consten las firmas del declarante y del facultativo que asistió a la madre, su nombre y apellidos y número de colegiado.

Es el documento que Registro Civil necesita para autorizar el enterramiento.

D. En los casos en los que el recién nacido presente signos vitales se debe rellenar el **certificado de nacimiento (amarillo)**, independientemente de la edad gestacional (Esto es lo último que se dijo pero no hay confirmación por parte del Secretario de los juzgados , está pte y el grupo que se encarga de ello está a la espera de noticias). Cuando fallezca se rellenará el **certificado de defunción** por el neonatólogo.

E. 2 Copias de “traslado éxitus” (en la intranet y rellenar tras el parto e imprimir). Una se entrega al celador y otra se deja en la historia

F. Boletín Epidemiológico (Rellena Dr Odriozola)

Importante:

- Recoger escenarios de muerte inesperada a la llegada a paritorio vs embarazo de riesgo.

- Recoger escenario de adecuación de esfuerzo terapéutico por decisión colegiada.

Ley 20/2011 de 21 de Julio del Registro Civil

PREÁMBULO

De modo similar a la del nacimiento se regula la inscripción de la defunción mediante la remisión del documento oficial, acompañado de parte médico, por los centros sanitarios. **Se mantiene el requisito de la práctica previa de la inscripción de fallecimiento para proceder a la inhumación o incineración.**

Artículo 44. Inscripción de nacimiento y filiación.

1. Son inscribibles los nacimientos de las personas, conforme a lo previsto en el artículo 30 del Código Civil. (“La personalidad se adquiere en el momento del nacimiento con vida, una vez producido el entero desprendimiento del seno materno.” YA NO ES NECESARIO QUE PASEN 24 HORAS)

2. La inscripción hace fe del hecho, fecha, hora y lugar del nacimiento, identidad, sexo y, en su caso, filiación del inscrito.

3. La inscripción de nacimiento se practicará en virtud de declaración formulada en documento oficial debidamente firmado por el o los declarantes, acompañada del parte facultativo. En defecto de éste, deberá aportarse la documentación acreditativa en los términos que reglamentariamente se determinen.

Artículo 62. Inscripción de la defunción.

1. La inscripción en el Registro Civil de la defunción es obligatoria. La inscripción hace fe de la muerte de una persona y de la fecha, hora y lugar en que se produce. En la inscripción debe figurar asimismo la identidad del fallecido.

2. La inscripción de la defunción se practicará en virtud de declaración documentada en el formulario oficial, acompañado del certificado médico de la defunción. En defecto de certificado, cuando éste sea incompleto o si, a juicio del encargado, debe complementarse la documentación acreditativa del fallecimiento, se requerirá dictamen médico del facultativo.

Disposición adicional cuarta. Constancia en el Registro Civil de los fallecimientos **con posterioridad a los seis meses de gestación**. Figurarán en un archivo del Registro Civil, sin efectos jurídicos, los fallecimientos que se produzcan con posterioridad a los seis meses de gestación y **no cumplieran las condiciones previstas en el artículo 30 del Código Civil**, pudiendo los progenitores otorgar un nombre. Este archivo quedará sometido al régimen de publicidad restringida. (Nota: para estos casos es el papel rosa)

Disposición final tercera. Reforma del Código Civil. Se modifica el artículo 30 del Código Civil, que queda redactado en los siguientes términos: «Artículo 30.

La personalidad se adquiere en el momento del nacimiento con vida, una vez producido el entero desprendimiento del seno materno.»

Disposición final décima. Entrada en vigor.

La presente Ley entrará en vigor a los tres años de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado», excepto las disposiciones adicionales séptima y octava y las disposiciones finales tercera y sexta, que entrarán en vigor el día siguiente al de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado».

Ley 19/2015 de 13 de Julio, de medidas de reforma administrativa en el ámbito de la administración de Justicia y del Registro Civil

Inscripción de defunciones: Se multiplican los controles para el caso de fallecimiento de los nacidos en los centros sanitarios tras los primeros seis meses de gestación, exigiéndose que el certificado de defunción aparezca firmado por dos facultativos, quienes deberán afirmar, bajo su responsabilidad, que, del parto y, en su caso, de las pruebas realizadas con el material genético de la madre y el hijo, no se desprenden dudas sobre la relación materno filial.

ANEXO 8: DÍPTICOS Y MODELO RECOGIDA HUELLAS (PARA ENTREGAR FAMILIAS)

Recuerdos

Os entregaremos un sobre en el que incluiremos una tarjeta con las huellas del pie y la mano de vuestro bebé. En el sobre podréis meter otros recuerdos como la pulsera identificativa... Si no deseáis tener estos recuerdos en seguida, pueden permanecer guardadas en el hospital 1 año.

Bendición/bautismo.

Funeral/Entierro/cremación

Si quisierais, tu matrona contactará con el capellán del hospital, o podréis solicitar vuestro propio sacerdote para que venga al hospital. En los casos en los que un bebé nace con vida, si lo deseáis se puede bautizar.

Tendréis que decidir también si enterrar o incinerar a vuestro hijo o realizar un funeral. Esto, que a veces cuesta, en muchas ocasiones ayuda a transitar el duelo y aceptar lo que ha sucedido. También existe la posibilidad de donar el cuerpo para fines científicos o de investigación.



*"Lo esencial es invisible a los ojos,
no se ve bien sino con el corazón"*

El Principito

Tu salud

Empezarás a generar leche después del nacimiento de tu hijo. En la planta te ofrecerán dos pastillas para evitarlo, que es posible puedan tener algunos efectos secundarios como mareos, dolores de cabeza o náuseas.

Puedes esperar una cantidad moderada de sangrado vaginal, que se reducirá lentamente y algunos momentos de dolor de vientre que puedes aliviar con medicación.

Visitas a atención primaria

Cuando dejes el hospital tendrás una cita para acudir a una visita a tu matrona del centro de salud, para que ella haga un seguimiento de tu estado de salud. Tu y tu pareja necesitaréis algún tiempo de baja que puede tramitar el médico de cabecera.

Cita en el hospital

Tu pareja y tú recibiréis una cita para una consulta en el hospital después de 30 días. Entendemos que será difícil volver al hospital pero será en ginecología y os darán la oportunidad de hablar sobre lo ocurrido. Viene bien hacer una lista de cosas que te gustaría preguntar.

Apoyo ante la muerte de tu hijo



*Todo lo que amamos profundamente
se convierte en una parte de nuestro ser*

- Helen Keller -

Cuando un bebé muere, los padres con frecuencia se sienten sobrepasados por la tristeza. Intentamos entenderlos y sabemos que los días y semanas siguientes a la muerte de tu bebé pueden ser confusos y difíciles.

Es especialmente duro porque hay decisiones importantes que tenéis que tomar en un tiempo en el que probablemente os sintáis bastante incapaces para pensar con calma y claridad sobre algo.

No hay recetas para hacer estas cosas. Tomaros vuestro tiempo no necesitáis tomar estas decisiones inmediatamente. Intentad hacerlo paso a paso.

Este folleto aborda vuestras necesidades inmediatas y el nacimiento de vuestro hijo.

En cada turno, una matrona, una auxiliar, un ginecólogo, un anestesiólogo y un neonatólogo, si se precisa, estarán con vosotros.

Esperamos que esta información os ayude a comprender lo que estáis viviendo y nuestros servicios pretendemos que os ayuden a empezar el duelo por la muerte de vuestro hijo.

Apoyo emocional

Las reacciones al dolor son muy diferentes. Tú y tu pareja es probable que experimentéis de diferente forma las emociones y los sentimientos ante esta situación.

Forma parte del proceso psicológico tras recibir

una noticia de tal impacto, que la primera reacción de los padres y el entorno sea querer olvidar, pasar página, rápido o tratar de vivir como si nada hubiera pasado. La experiencia dice que eso no es bueno y no es posible. Que ayuda más vivir el proceso en profundidad, mirarlo de frente, afrontarlo activamente. Al hijo no se le va a olvidar. No importa el tamaño o la edad de gestación en la que falleciera. Formará parte de la familia para siempre.

El método de inducción

Siempre está indicado que se produzca un parto vaginal.

Si tu estado de salud lo permite, puede que el ginecólogo os ofrezca ir a casa y volver al día siguiente, y así prepararos más para el nacimiento de vuestro hijo, o podréis optar por empezar el proceso de inducción tan pronto como sea posible.

Desde casa podréis poneros en contacto con la matrona o el ginecólogo de guardia cuando lo necesitéis en el teléfono: 942203749

El método de inducir el parto depende de la semana de embarazo en la que estéis y las condiciones del cuello uterino.

El ginecólogo y la matrona os explicarán cual de estas opciones sería la más adecuada. A veces puede llevar tiempo inducir el parto. Por favor estaros preparados para ello

Alivio del dolor

La inducción y el parto pueden a veces ser largos, son procesos dolorosos. El alivio del dolor siempre está disponible. La analgesia epidural estará disponible para cuando la requierais.

Nacimiento de vuestro hijo

Vuestra matrona estará con vosotros durante el parto y el nacimiento. Ella os explicará todo lo que está pasando y estará pendiente de todo lo necesario para vuestro cuidado. Hacia el final del parto se puede sentir presión en el ano y la necesidad de empujar. La matrona o ginecólogo puede que necesite examinaros para ver si el nacimiento de tu bebé es inminente. Cuando ellos estén seguros de que estás preparada entonces te animarán a empujar para dar a luz a tu hijo. Con tu permiso tu matrona te pondrá una inyección para facilitar la expulsión de la placenta. Esta normalmente será expulsada tras el nacimiento. Después puede que necesites algún punto. Una vez que tu hijo ha nacido lo trataremos según tus deseos y de acuerdo al plan de cuidados. Puedes cambiar de opinión en cualquier cosa en cualquier momento. La experiencia de los padres que han pasado por esta experiencia, y estudios científicos, aconsejan ver y despedirse del hijo, así como obtener algunos recuerdos (como las huellas de los pies/manos, pulsera identificativa, fotos, etc.). Es consolador

y ayuda a transitar el duelo expresarle a vuestro hijo el amor y la pena que sentís.

Inmediatamente tras el nacimiento de tu hijo

A lo largo de vuestra estancia también pueden venir vuestra familia si lo considerais que puedan servir de ayuda en estos momentos tan difíciles. Si habéis decidido que puede ser útil una autopsia, el tiempo en el que el bebé puede estar con vosotros será hasta un máximo aproximado de 2h.

DECISIONES SOBRE VUESTRO HIJO

Autopsia

Os puede ayudar a averiguar por qué murió tu bebé o ayudarte para tomar decisiones sobre futuros embarazos. En un 25% de los casos, la causa de la muerte es desconocida. El obstetra o neonatólogo pedirá una firma para dar vuestro consentimiento si lo deseáis.

si lo deseáis.

Fotografías

Tener fotos ayuda a elaborar el duelo por la muerte de vuestro hijo. Os animamos a hacerlas. Tu matrona puede ayudaros a hacer las fotos a vuestro hijo o si preferís ella puede realizarlas por vosotros. Si no deseáis tener estas fotos en seguida, pueden permanecer guardadas en el hospital 1 año.



"Yo tenía un hueco en el vientre que al principio me resultaba insoportable. Cómo se puede vivir, amar, trabajar, criar, disfrutar, cuando tienes un agujero, estás rota, no estás entera... al final acepté que no iba a rellenarse ese agujero. Nunca. Un día de pronto caí en la cuenta con mucha emoción que un agujero no tiene por qué ser algo tétrico, estéril, triste y negro. Un agujero es el hueco de la guitarra, es una maravillosa caja de resonancia. ¿No podría ser mi hueco del vientre la caja de resonancia para el dolor de otros? Quizá yo podría hacer sonar en mí algo de aquello que callan los inocentes, los que sufren, los olvidados, los pobres... Un hueco puede ser también un refugio. Un lugar seguro. En un hueco cabe alguien, sirve para acoger a otros, un lugar en el que entrar. Como los refugios de la guerra civil. Quizá a mí me sirviera el agujero para atender mejor a otros, para aliviar mejor el dolor, que es mi profesión"

(Pilar Gómez-Ulla. Tras la muerte de su hijo Camilo. Psicóloga de Familia. Colabora en la red el hueco de mi vientre)



¿Qué esperar tras la muerte de tu hijo?



"Las personas más bellas con las que me he encontrado son aquellas que han conocido la derrota, conocido el sufrimiento, conocido la pérdida, y han encontrado su forma de salir de las profundidades. Estas personas tienen una apreciación, una sensibilidad y una comprensión de la vida que los llena de compasión, humildad y una profunda inquietud amorosa. La gente bella no surge de la nada" (Elisabeth Kubler-Ross, psiquiatra especializada en duelo)

La muerte de un hijo es una experiencia muy dolorosa y se necesita tiempo para superarla. A veces 2 incluso 3 años, aunque el dolor no es tan intenso como al principio. Tened paciencia con vuestro proceso. Despedirse de un hijo lleva tiempo y requiere hacer cosas, hacer un camino de aceptar una nueva realidad, diferente a la que tenéis y que no imaginabais.

Es muy común que la primera reacción de los padres y el entorno sea querer olvidar, pasar página rápido o tratar de vivir como si nada hubiera pasado. La experiencia dice que eso no es bueno y no es posible. Que ayuda más vivir el proceso en profundidad, mirarlo de frente, afrontarlo activamente. **Al hijo no se le va a olvidar.** No importa el tamaño o la edad de gestación en la que falleciera. Formará parte de la familia para siempre.

Al principio el impacto en los padres es de tal magnitud, que os puede llevar a pensar que estáis viviendo algo irreal. Puede que os sintáis enfados o tener necesidad de buscar un culpable. Podéis tener ratos de gran tristeza y ganas de llorar, labilidad, rabia, insomnio, o dificultad para concretar. Incluso soñar con el bebé, creer oírlo o sentirlo que se mueve en tu vientre. Otras veces se percibe cierta anestesia de sentimientos o te puedes encontrar como paralizado, abatido... También puede que perdáis el apatito, las ganas de salir o de hablar, que sintáis que nadie os entiende o que no vais a



ser capaz de superarlo. Todo esto es normal. Con el paso del tiempo el dolor desgarrador que podéis estar sintiendo suele dejar paso a momentos más suaves y, con el tiempo y aunque nada vaya a ser como antes, se puede ser feliz de una manera nueva. Pero para eso hay que recorrer ese camino (duelo), que cada uno hace a su manera. **Os ofrecemos algunas cosas que os pueden ayudar, desde la experiencia de padres que han pasado por una situación similar:**

- Expresar la pena, el miedo, la soledad, el rencor, la incompreensión, los remordimientos...
- Aceptar que aunque no puedan quitar vuestro dolor, **compartirlo** ayuda a sentirse menos solos. Aunque puede que no os sintáis comprendidos por vuestro medio, no debéis aislaros. Pedir ayuda cuando la necesitéis, no esperéis que vuestros amigos, familia... lo hagan, a veces no saben cómo ayudaros.
- Al llegar a casa no es el momento de decidir qué hacer con todo lo que habíais preparado para tu bebé. Esta decisión podéis tomarla más adelante. Que alguien recoja todo en tu lugar y elimine cualquier recuerdo de tu vida no suele ayudar en la elaboración de tu duelo. Se aconseja dejar todo como está y cuando se vayan teniendo fuerzas tú y tu pareja, si la tienes, decidáis qué hacer con todas las cosas de tu hijo/a.

- Viene bien llamar a vuestro hijo por su nombre y preparar una **caja de recuerdos** donde guardar objetos de apego (foto de vuestro hijo, ecografía, pulsera identificativa, cartilla de embarazo, huellas de la mano/ pie...). También elaborar una ceremonia de **despedida**. Dependiendo de la cultura, religión o creencias puede ser: escribir un diario o una carta, realizar un funeral, plantar un árbol, enmarcar la huella de su mano, así como realizar **homenajes de recuerdo** en el aniversario de su nacimiento.
- Es importante que comas y duermas bien. Sal a pasear por la naturaleza o entorno apacible para ti.
- Es normal que en la pareja tengáis distintas repuestas al dolor, diferentes maneras de vivirlo o expresarlo. Es normal llorar la muerte, hacerle a ese hijo un hueco en la familia... Pero también es necesario 'volver a la vida'. Las dos cosas colaboran a hacer el camino y normalmente en la pareja cada uno aporta una cosa, distinta pero complementaria.



- No viene bien pensar que nadie os comprende, o que vuestro dolor es único y que más que tú no puede sufrir nadie. Tampoco hacerse reiteradamente preguntas sin respuesta, o no permitiros sonreír y sentir de nuevo la alegría de la vida. Podéis buscar pensamientos

positivos y cambiar las incessantes preguntas sin respuesta por ideas que os ayudan y os hacen sentir mejor.

- Ayuda pensar que dentro de la situación tan difícil que vivís, con el paso del tiempo se es **feliz de una forma nueva y muchas veces mejor**. Se valoran cosas, personas, pequeños detalles de la vida, que antes no se valoraban. Se descubren valores que antes no se tenían. aumenta la sensibilidad por el dolor de otros... Se experimenta que el amor de unos padres no se acaba con la muerte.

• Lecturas recomendadas:

Claramunt, M. Angels y colaboradores. 'La cuna Vacía'.

• Webs recomendadas:

www.elhuecodelvientre.com
www.umamanita.es
www.familiae.es
www.elpartoquesuero.es
www.juampablito.com
www.superandounaborto.foroactivo.com
www.uk-sands.org
www.stillbirthalliance.org
www.nowilaymedowntosleep.org
www.stillbirth.carbonmade.com

En Santander existe una Red solidaria de apoyo a personas y familias que han pasado por esta experiencia, la Red el Hueco de mi Vientre. Puedes visitar su web y ponerte en contacto a través del teléfono: 616234787

A template for a pie label, shaped like a heart with a pointed bottom. It contains three fields for handwritten information: 'HORA:' on the left side, 'PESO:' on the top side, and 'NOMBRE:' and 'FECHA:' on the right side.

PIE

A template for a 'Mano' label, shaped like a heart with a pointed bottom. It contains three fields for handwritten information: 'HORA:' on the left side, 'PESO:' on the top side, and 'NOMBRE:' and 'FECHA:' on the right side.

MANO