

PROTOCOLO DE ATENCIÓN PROFESIONAL AL DUELO PERINATAL

DOCUMENTO ORIGINAL.	Fecha de creación:	Fecha última revisión
Protocolo de atención profesional al duelo perinatal	31/03/2022	

AUTORÍA DE LA VERSIÓN	
Nombre y Apellidos.	Servicio / Unidad y/o Comisión / Comité
M ^a Esperanza Martínez Ruiz	Matrona Área Partos
Olga Soldado Fernández	Matrona Consulta de Fisiopatología-fetal
Coral Moreno López	Adjunta de Obstetricia y Ginecología
Raquel Soler Martínez	Supervisora planta de hospitalización 7 ^a -8 ^a
Andrea Martínez Pérez	Residente de Obstetricia y Ginecología
Paqui Rodrigo Serrano	Supervisora de partos
Ascension Garrido Martinez	Matrona Área Partos
Beatriz Morell Perona	Residente de Obstetricia y Ginecología
Laura Ranedo Metola	Matrona Área Partos
Cristina Belchi Fernández	Matrona de Planta
Elena Rodriguez Herrero	Matrona Área Partos
Elena Moreno Pérez	Residente de Obstetricia y Ginecología
Estefanía Pombo Cambon	Matrona Área Partos
Helena Llorente Francés	Residente de Obstetricia y Ginecología
Alejandra Andreu Mula	Matrona de Atención Primaria
Eleonora Emilova Museva	Matrona de Atención Primaria

RESPONSABLE DEL DOCUMENTO	Email o Telf. contacto
Olga Soldado Fernández	olgasfernandez@gmail.com

ELABORACIÓN DE TARJETAS Y ARRULLOS	
Nombre y Apellidos.	Servicio / Unidad y/o Comisión / Comité
Eva Adsuar Pastor	TCAE Partos
Isabel Payá Ibañez	TCAE Partos
Paqui Sánchez Martínez	TCAE Partos

REVISIONES EXTERNAS	
Nombre y Apellidos.	Servicio / Unidad y/o Comisión / Comité
Ana Guilabert Martínez	Adjunta de Obstetricia y Ginecología
Sonia Amer Molina	Residente de Obstetricia y Ginecología
Aure Carbonell Llorca	Supervisora de neonatos
Nuria Martinez Duce	Unidad de Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente
Marian Mahamud Isidro	Red el hueco de mi vientre
Elena Bellot Cantó	Matrona Hospital Elda
Milagrosa González Rodríguez	Matrona de Atención Primaria

CONTROL DE VERSIONES		
Revisión nº	Modificaciones	Fecha de la revisión

Aprobado Servicio/Unidad	Validado Unidad de Calidad	Aprobado en Comisión de Dirección
Fecha: Firma	Fecha: Firma	Fecha: Firma

TABLA DE CONTENIDO

ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO.....	5
PRÓLOGO.....	6
OBJETIVOS.....	6
MUERTE FETAL: CONCEPTOS Y ESTADÍSTICAS.....	7
DUELO PERINATAL	9
ATENCIÓN A LAS FAMILIAS	12
MUERTE GESTACIONAL PRECOZ: ABORTO DE PRIMER TRIMESTRE	15
CUIDADOS PALIATIVOS PERINATALES.....	16
MUERTE FETAL INTERMEDIA - TARDÍA.....	18
ÁREA DE PARTOS	21
HABITACIÓN DE DESPEDIDA.....	22
CREACIÓN DE RECUERDOS.....	23
FOTOGRAFÍA	25
ATENCIÓN EPIRITUAL.....	26
MANEJO DEL CUERPO	26
ATENCIÓN A LA FAMILIA EN LA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN.....	28
DERIVACIÓN A SALUD MENTAL	32
COORDINACIÓN CON ATENCIÓN PRIMARIA	33
FORMACIÓN.....	36
CUIDADO DE LOS PROFESIONALES	37
EVALUACIÓN Y REVISIÓN DEL PROTOCOLO.....	38
DOCUMENTOS ANEXOS:.....	41
BIBLIOGRAFÍA.....	61

ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO

La atención y cuidado requeridos por una mujer que sufre una pérdida neonatal, puede suscitar incertidumbres en los profesionales del servicio por los que es atendida. Concurren circunstancias y emociones ante las que se ve necesaria recurrir a habilidades humanas y profesionales no siempre adquiridas con anterioridad. Observar la diversidad con la que se afrontaba esta situación hizo notoria la necesidad de realizar un protocolo sobre la atención al duelo perinatal.

Para ello en mayo de 2021 se convocó una reunión inicial a cuya asistencia fueron invitados todos los profesionales implicados por prestar sus servicios en Urgencias Maternales (ginecobstétricas), en Planta de Maternidad y en Atención Primaria.

En dicha reunión se fijó la fecha en la que tendría lugar la primera reunión, a partir de la cual quedaría constituido el grupo de trabajo. Esta reunión se realizó el 3 de junio de 2021.

El equipo de trabajo se dividió en grupos, a cada uno de ellos se les asignó la elaboración de una parte del protocolo. Tras dos nuevas reuniones realizadas el 30 de junio de 2021 y 19 de octubre de 2021 se concretó la redacción del protocolo y la presentación del mismo.

Simultáneamente un equipo de TCAES realizó diferentes diseños en acuarela para la realización de las tarjetas donde se impregnarán las huellas del recién nacido y quedarán reflejados sus datos. Al igual que la confección de arrullos y gorritos, estos comenzaron a usarse desde el primer momento de su realización.

“Un protocolo jamás podrá contener una actitud” Anónimo.

ABREVIATURAS

- AP: Anatomía Patológica.
- AP: Atención Primaria.
- CS: Centro de Salud.
- EG: Edad Gestacional.
- HGU: Hospital General Universitario.
- ILE: Interrupción Legal de Embarazo.
- RN: Recién Nacido.
- UCI: Unidad de Cuidados Intensivos.
- SG: Semana Gestacional.
- TCAE: Técnico en Cuidados de Auxiliar de Enfermería

PRÓLOGO

La pérdida de un hijo es una de las experiencias más estresantes y dolorosas que puede sufrir un ser humano. Cuando esto ocurre, pueden surgir problemas derivados de una atención deficiente. Si en la atención sanitaria aparecen aspectos como la indiferencia, el desconocimiento, incluso la frialdad, puede producirse un impacto negativo en el proceso de duelo de la madre gestante, de su pareja y de su entorno.

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 de forma biopsicosocial para proporcionarle una asistencia de calidad durante el proceso obstétrico. Esto facilitará a los padres y 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 lo consultado, han demostrado que el duelo se elaboró o se está elaborando correctamente.

OBJETIVOS

- Elaborar un protocolo de actuación para todo el Servicio de Maternidad del Departamento de Salud HGU Elche y Atención Primaria, que unifique la atención al duelo y a la pérdida por muerte en la maternidad/paternidad.
- Facilitar a los profesionales la atención sanitaria, dirigida a aquellos padres y madres, que sufren una muerte gestacional.
- Sensibilizar sobre la trascendencia de la muerte gestacional y neonatal a pesar de los tabúes culturales.
- Proporcionar recursos y conocimientos acerca del proceso de duelo.
- Favorecer el duelo normal de los padres y su entorno y facilitar la expresión del duelo.
- Reducir la prevalencia de trastornos derivados de duelos crónicos y patológicos.
- Potenciar la autonomía de la mujer y la familia, y su papel en la toma de decisiones relacionadas con su proceso de duelo.

MUERTE FETAL: CONCEPTOS Y ESTADÍSTICAS.

La tasa de **mortalidad perinatal** en España, según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) del 2020, se sitúa en 4,17 por cada 1.000 nacidos, siendo de 4,06 en la Comunidad Valenciana en el año 2020.

En España solo hay obligación por ley de registrar las muertes fetales con edades gestacionales de más de 180 días de concepción (25+5 sem).

En esta tasa de mortalidad perinatal no están incluidos los abortos espontáneos, ni las interrupciones voluntarias de embarazo, ya sean de primer trimestre o por problemas médicos en etapas más tardías, por lo que existe un infraregistro de estos casos.

Cuando el fallecimiento del bebé se produce de manera espontánea antes de las 22 semanas de gestación (SG) o el bebé tiene un peso de menos de 500 gr, según la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), se habla de aborto o **muerte gestacional temprana**.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como **mortalidad perinatal** la **suma de la mortalidad perinatal a partir de las 22 semanas de gestación, más la mortalidad neonatal precoz**, pero este concepto se define de forma diferente según el país y el organismo.

Hemos elegido la siguiente tabla ya que esclarece diferentes definiciones como muerte fetal temprana, intermedia y tardía.

Periodos para clasificar la Mortalidad Perinatal (M.P)				
Mortalidad fetal			Mortalidad neonatal	
M.F temprana (ABORTO)	M.F intermedia	M.F tardía	M.N precoz	M.N tardía
		M. P Básica (tipo I)		
	M.P Nacional (tipo II)			
	M.P Ampliada (tipo III)			
F.U.R	Sem.22	Sem.28	Nacimiento	7 días
				28 días

Tabla 1. TFG. Guía para la atención a la muerte perinatal. Jaione Elorz.

Otras situaciones a contemplar:

Interrupción voluntaria del embarazo por problemas del feto o amenaza para la salud materna (Feticidio): En estos casos suelen predominar los sentimientos de culpa y de vergüenza, es un gran tabú dentro de la muerte perinatal y el silencio es todavía mayor que en pérdidas gestacionales espontáneas.

En caso de ILES de 2º o 3º trimestre podrían ser derivados a nuestro hospital para atender el parto, por lo que se remite al lector a los apartados posteriores.

Pérdida en embarazos múltiples. La mortalidad perinatal en embarazos múltiples es muy superior a la del embarazo único. En estos casos no sólo se pierde un bebé, sino un gemelo. Si el embarazo continúa con un feto vivo y otro muerto, esta madre y pareja necesitará todo el apoyo y comprensión del personal sanitario, sin olvidar ni obviar que existe otro bebé que no ha llegado a término y que nacerá sin vida. En el momento del parto del gemelo vivo, los sentimientos pueden ser encontrados, entre la pena por el bebé fallecido y la alegría del que nace. Ese recuerdo permanecerá a lo largo de toda su vida, en cada cumpleaños, en cada acontecimiento que vivan con su hijo vivo. Como profesionales no podemos dejar de contemplar esta realidad por muy dolorosa que sea y visibilizar el duelo por el bebé fallecido.

Muerte intraparto. Podría suceder secundariamente a una complicación inesperada como desprendimiento de placenta, prolapso de cordón, o más raramente una muerte inexplicable de un bebé aparentemente sano. Es una situación especialmente complicada, es normal en ese caso que el equipo se encuentre conmocionado. La familia puede necesitar que los profesionales le expliquen qué ha ocurrido en repetidas ocasiones a causa de la conmoción, aunque no se sepa la respuesta. En estos casos se deben seguir las mismas pautas a la hora de crear recuerdos, y el acompañamiento es todavía, si cabe, más importante. Si la matrona que ha acompañado este parto se encuentra especialmente afectada, otra compañera puede relevarla.

Muerte neonatal. En caso de que el bebé fallezca en la UCI de Neonatología de nuestro hospital, remitimos al lector al procedimiento para el acompañamiento al duelo de la Unidad de UCI Neonatal: <https://intranet.elche.san.gva.es/alcudia/contenidos/DOC>.

DUELO PERINATAL

El duelo es un proceso adaptativo normal ante la pérdida de un ser querido. Es universal, y único. Cada persona va a vivirlo de una forma diferente, y además va a estar condicionado por la cultura, religión, sociedad... Tiene consecuencias bio-psico-sociales-espirituales, que se consideran normales durante el proceso del duelo.



Factores condicionantes del duelo:

Factores psicológicos: <ul style="list-style-type: none"> • Personalidad. • Salud mental. 	Factores del doliente: <ul style="list-style-type: none"> • Experiencias pasadas de duelo. • Otras crisis y estresores
---	--

<ul style="list-style-type: none"> • Capacidad de afrontamiento ante situaciones altamente estresantes. • Capacidad de establecer vínculos afectivos. 	<p>concurrentes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Creencias religioso-filosóficas y valores.
<p>Factores de la relación con el bebé:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deseos de ser madre o padre. • Expectativas en el rol. • Asuntos pendientes. 	<p>Factores de la muerte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Circunstancias particulares: Súbita o esperada. • Existencia o no de duelo anticipado.
<p>Factores sociales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apoyo social con el que se cuenta. • Existencia o no de pareja y calidad de la relación. • Estatus educacional y económico. • Rituales funerarios. 	<p>Factores fisiológicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Drogas y sedantes. • Salud física. • Nutrición y ejercicios. • Descanso y sueño.

Fuente: Atención profesional a la pérdida y al duelo durante la maternidad. Sistema Extremeño de Salud.

Fases del duelo:

Existen varios autores que describen fases en el duelo, como Kublër Ross, Bowlby, Alba Payàs y suelen ser bastante similares entre ellos, por lo que para éste protocolo elegimos describir el modelo de Kublër por ser uno de los más conocidos. Las etapas que describen los autores son instrumentos para ayudarnos como profesionales o como personas dolientes a identificar lo que pueden estar sintiendo. Pero no todo el mundo atraviesa todas las etapas ni lo hace en el orden prescrito. No entramos ni salimos de cada etapa de una forma lineal.

FASES DEL DUELO

Según K.Ross

NEGACIÓN

Reacción normal después de la noticia.
Ayuda a dosificar el dolor.



EMBOTAMIENTO
Bloqueo, apatía...

DESBORDE EMOCIONAL
Agitación, gritos, llanto...

QUÉ HACER ?



Dejar **TIEMPO** (siempre que sea posible):

- Entre noticia y explicación proceso a seguir.
- Entre toma de decisión e inducción.



NEGOCIACIÓN

Regateo, culpa, pacto.

"¿Y si hubiera ido antes al hospital?"
Se explora todo lo que
se podría haber hecho y no se hizo.

QUÉ HACER ?

Evitar frases condenatorias:

- ¿Por qué no viniste antes al hospital?
- ¿Por qué no acudiste a la última cita?



IRA

Toma conciencia de la imposibilidad
de modificar los sucedido.

Frustración e impotencia.
Busca atribuir la culpa a algún
factor (externo o interno).

QUÉ HACER ?

- No tomarlo como algo personal.
- Escucha empática.
- Reconocer y validar la emoción.



DEPRESIÓN

Empieza a asumir la realidad de la muerte.

Atención en el presente.
Sentimientos de tristeza y desesperanza.

QUÉ HACER ?

Normalizar la tristeza,
como parte normal
del duelo.



ACEPTACIÓN

Aprender a vivir con la nueva realidad.

Proceso de reintegración.
No es un punto y final.

Los sueños suelen ser agradables.



THANK
YOU

Duelo complicado/ duelo no complicado: No hay consenso en el límite entre ambos. Un duelo patológico podría llevar a desencadenar enfermedades psiquiátricas como depresión, ansiedad, trastornos del comportamiento etc.

DUELO COMPLICADO

Puede desencadenarse secundariamente a:

- Evitar que los padres vean y toquen al bebé. 
-  Sedar excesivamente.
-  Rehuir el contacto con los padres y dar escasa información.
- Aconsejar un nuevo embarazo lo antes posible. 

Situaciones que lo pueden presagiar:

-  Negación social de la muerte.
-  Ausencia de una red de apoyo.

ATENCIÓN A LAS FAMILIAS

El inicio del proceso de duelo para la paciente y su acompañante empieza con la comunicación de la muerte fetal anteparto y este acto se reconoce como uno de los momentos más estresantes y difíciles en nuestro día a día. Por ésta razón queremos que esta guía sirva como orientación para sobrellevar el momento y ayudar a la familia a que inicie un duelo saludable.

El personal sanitario responsable de comunicar la noticia de muerte fetal anteparto, a veces, puede experimentar **temores** como:

- **Miedo a causar dolor:** La obligación ética de no producir dolor puede llevarnos a tomar actitudes evasivas respecto a la comunicación de malas noticias.
- **Dolor empático:** Solemos sentirnos incómodos ante el estrés que le genera la noticia al usuario.

- **Miedo a ser culpado:** Una situación tan difícil de afrontar fácilmente se personaliza sobre el personal sanitario, con quien pueden descargar su rabia e ira.
- **Miedo a fallar o a la judicialización:** La idea de que todo ser humano tiene derecho a ser curado hace que cualquier fallo se vea como un fracaso terapéutico y un error que debe tener castigo penal o civil.
- **Miedo a decir “no lo sé”:** A veces se cree que afirmar no saber supone desvalorizarnos como profesionales, cuando en realidad es un gesto de honestidad que aumenta la credibilidad.

Fuente: Atención profesional a la pérdida y al duelo durante la maternidad. Sistema Extremeño de Salud.

¿CÓMO COMUNICAR MALAS NOTICIAS?

Para iniciar este apartado es de vital importancia comprender que el lenguaje NO VERBAL supone más del 90% del mensaje que queremos transmitir, por ello, a la hora de dar las malas noticias, tendremos en cuenta los siguientes puntos:

- Cuidaremos la postura: no cruzar los brazos, mantener un tono de voz calmado, dirigirnos a ambos miembros de la pareja con equidad, mirar a los ojos...
- Si se ve conveniente, algún acercamiento físico como un apretón de manos o un abrazo puede ayudar.
- Sentarnos *al mismo nivel que ambos miembros de la pareja*.

LENGUAJE VERBAL

Podemos iniciar el proceso con frases como: “Me temo que hay malas noticias”, “Siento decirnos que el embarazo no va como esperábamos”, “Me temo que esta no es la noticia que deseabais”, “tal como sospechabas por este sangrado abundante”, “tal como sospechabas por la ausencia de movimientos”.

Y a continuación comunicar la noticia de muerte fetal anteparto, se puede empezar con algo más genérico: “*el corazón del bebé ha dejado de latir*”, “*el bebé no tiene latido*” para finalizar con un término más concreto, como “*muerte o murió*” y “*ha fallecido*”, y así evitar confusiones.

En muertes intermedias o tardías, si conocemos el nombre del bebé porque lo hemos visto en la cartilla de embarazo o porque la paciente nos lo ha dicho, podemos referirnos a él por su nombre. NUNCA referirnos al hijo como feto o fetito.

A partir de ahí, deberemos:

Acompañar y responder a sus preguntas e inquietudes.

Intentaremos mantenernos en calma frente a sus reacciones que pueden incluir episodios desde la ira al mutismo ya que el duelo suele comenzar con un estado de shock y de búsqueda de culpabilidades. Intentaremos no minimizar la situación y buscar consuelos “rápidos”, manteniéndonos en una actitud de apertura y ofreciendo acompañamiento durante todo el proceso.

Es más conveniente mantenerse en silencio si no se sabe muy bien qué decir que “hablar por hablar”. Respetar:

- El duelo: supone un gran impacto emocional, inesperado.
- Al hijo: es único, tenga la edad gestacional que tenga.
- La maternidad: va a ser madre, va a tener un hijo, aunque sea sin vida.
- La paternidad: va ser padre, aunque sea sin vida. Atender las necesidades del padre.

Sugerencias a tener en cuenta en cualquier pérdida gestacional

Presentación y entorno

- Presentarnos con nuestro nombre y cargo que tenemos en el centro.
- Preparar el entorno: lugar tranquilo, que permita la intimidad de la pareja.
- Transmitir sensación de calma y respeto.
- Mostrar cercanía y disponibilidad.
- No tener prisa. Dar tiempo a la pareja para asimilar la información y expresar sus sentimientos.



Comunicar

- Mantener contacto visual
- Utilizar lenguaje claro y sencillo, pero conciso, que no de lugar a falsas expectativas.
- Realizar pausas para que se asimile la información.
- Dejar tiempo.
- Asegurarse que la pareja ha entendido la noticia y el proceso que conlleva.
- Repetir con paciencia, tantas veces como sea necesario.
- Cuidar el lenguaje corporal: no cruzar los brazos, mirar a los ojos, proximidad física. Posibilidad de contacto físico.



El proceso

- Explicar las distintas opciones de procedimientos a seguir y apoyarles en sus decisiones, sin aplicar preferencias, prejuicios o tabúes personales.
- Resolver dudas.
- Evitar utilizar la palabra feto, fetito o embrión y utilizar bebé, el nombre del bebé si lo tiene o vuestro hijo/a.



Son frases útiles

- Pues como estaban sospechando por la ausencia de movimientos del bebé, la ecografía confirma que el bebé no tiene latido. Lo siento muchísimo.
- Siento lo que voy a comunicaros, pero el corazón de vuestro hijo/a no tiene latido.
- Me temo que el embarazo no se ha desarrollado como esperábamos.
- Lamentándolo profundamente, su bebé no está vivo.

Una buena estrategia para asegurarse si hemos conseguido una comunicación eficaz es pedir a la familia que acaba de ser informada, que nos explique con sus palabras lo que ha escuchado.

Atención profesional a la pérdida y el duelo durante la Maternidad. Servicio Extremeño de Salud.
Cuadro realizado por HGU. Virgen de los Lirios Alcoy.

MUERTE GESTACIONAL PRECOZ: ABORTO DE PRIMER TRIMESTRE

Los abortos en el primer trimestre suelen ser los grandes olvidados dentro de la muerte fetal. Que hayan transcurrido unos días, unas semanas o unos meses, no quita que esa familia tenga que pasar un duelo. El duelo por la pérdida de esa vida nueva que les ha acompañado ese breve periodo de tiempo y el duelo por las expectativas y proyecto de futuro que se ven truncados.

En este momento la familia va a recibir muchos comentarios no deseados por parte de su entorno y a veces también podrían recibirlos de profesionales sanitarios. Es común escuchar frases no empáticas como: *“No vendría bien, la naturaleza es sabia”*, *“Te has quedado embarazada, volverás a quedarte”*, *“Ya verás como el siguiente embarazo va bien”*, *“Eres joven”* o *“¿Tienes hijos?”*, *“Piensa en tus hijos”*, *“Esto es muy frecuente”*. Hay que tener en cuenta que todos los comentarios, son dichos con la mejor de las intenciones, pero a veces tratando de consolar o animar, se puede hacer daño. (Ver anexo 1).

MANEJO CLÍNICO

Una vez realizado el diagnóstico de pérdida gestacional del primer trimestre en la Consulta de Urgencias de Maternidad y comunicada la noticia, el médico adjunto/residente de Ginecología explicará las diferentes opciones terapéuticas disponibles, y las distintas recomendaciones dependiendo de la situación clínica, tras lo cual la gestante podrá decidir la opción a seguir.

Siguiendo el protocolo de “Vía Clínica” del servicio, disponemos de las siguientes opciones en el HGUE:

- Manejo expectante: si el personal médico determina que la paciente se encuentra médicamente estable, podrá regresar a casa y acudir a una cita posterior en Urgencias de Maternidad.
- Tratamiento médico ambulatorio, con controles seriados en Urgencias de Maternidad.
- Tratamiento quirúrgico: legrado obstétrico evacuador, con ingreso hospitalario.

En caso de que la paciente tenga que permanecer en la **sala de observación** a la espera de resultados para decidir el tipo de manejo, podrá estar acompañada por la persona que ella desee.

CUIDADOS PALIATIVOS PERINATALES

En la atención normal al embarazo, durante las visitas establecidas para su control, puede detectarse alguna anomalía en la evolución del mismo. Llegar al diagnóstico suele ser un camino largo y arduo, lleno de incertidumbre para los padres, pues al constatar marcadores sugerentes de la presencia de una enfermedad cromosómica o anomalía congénita se propone la realización de pruebas diagnósticas que lo confirmen. La recepción de los resultados de las mismas, requieren varios días o incluso semanas para ser definitivos.

Si estas pruebas confirman que el bebé es portador de una patología, legalmente está establecido la posibilidad de practicar un aborto, aunque existe también la posibilidad de seguir adelante con el embarazo, si este fuese el deseo de los progenitores. Ante la manifestación de este deseo se pondría en marcha los cuidados paliativos.

En estos casos es importante ser objetivos dando la información y respetar siempre la dignidad del bebé utilizando mejor el término “limitante”, en lugar de “incompatible” o “vegetal”. También es

de vital importancia dar suficiente tiempo para reflexionar, manteniéndonos disponibles para resolver dudas. La gestante está en un estado emocional muy complejo, normalmente se entra en un estado de shock, incluso cuando el diagnóstico no compromete la vida del bebé. La madre tiene mucho miedo al estigma, si interrumpe “asesina” y si continua puede sentir que la juzgan de “loca” y “egoísta”.

Se hace muy necesario cuidar el lenguaje, tanto oral como corporal, pues la madre tome la decisión que tome va a experimentar un sentimiento de duda e incluso culpabilidad.

Esa disposición a continuar con el embarazo, y acompañar a su bebé hasta que fallezca, requiere un acompañamiento profesional ya que con frecuencia experimentará una ambivalencia deseo/terror al vínculo. Habrá que ayudarle a crear recuerdos, integrar a ese bebé y poder despedirse después. Se le puede sugerir hacerse foto embarazada, pintarse la barriga, grabar el sonido del latido cardiaco o realizar un diario del embarazo. Todo desde el amor, sin temor a generar por ello sentimiento de tristeza.

Durante las revisiones ecográficas se aconseja no centrarse exclusivamente en la anomalía evidente en el bebé y aprovechar para hablar de las partes que no presentan alteraciones, facilitando incluso una eco impresa de ellas.

Dependiendo del diagnóstico, se puede buscar información sobre asociaciones de familias afectadas para que contacten y puedan prever con tiempo y anticiparse a muchos acontecimientos previsibles, facilitando gracias a ello su resolución.

Es importante la disponibilidad de la matrona de AP para que pueda acudir en cualquier momento de incertidumbre. La matrona también le puede ayudar a realizar el Plan de Parto, en este documento quedaran explicitadas los cuidados a realizar, contemplando todas las posibilidades previsibles: que nazca muerto, que fallezca al poco tiempo de nacer o que pueda llegar a poder ser dado de alta. Se le ayudará también a afrontar-dificultades tales como hablar de esta situación con otros hijos o con su entorno.

La matrona de referencia será Milagrosa González Rodríguez del CS. del Altet. La mujer será derivada por la matrona de su centro de salud habitual, una vez tenga constancia del caso. Se contactará a través de la extensión 913072 o a través del correo: gonzalez_milrod@gva.es

Con la finalidad de acortar el tiempo de espera, y poder prestar mejor atención a la mujer, si así se valorase, se podrá contactar directamente usando el teléfono que consta en el grupo de trabajo de Matronas de Primaria.

Es importante tener en cuenta que la incorporación de la familia cercana en la despedida del bebé: abuelos, tíos, amigos íntimos, ayudará a fortalecer el círculo de la mujer. Facilitando gracias a esa red el tránsito del duelo.

MUERTE FETAL INTERMEDIA - TARDÍA

- Ante el motivo de consulta de ausencia / disminución de movimientos fetales o derivación por ausencia de latido cardíaco positivo desde la Consulta de la matrona de AP, la gestante permanecerá en la sala de triaje acompañada por la persona que desee o pasará directamente a consulta de Urgencias Maternales.
- La paciente y acompañante pasarán, tan pronto como sea posible, a la Consulta de Urgencias Maternales; se avisará al Equipo Obstétrico (facultativo especialista adjunto de guardia o asignado en paritorio, debe estar presente) para valorar a la paciente y/o confirmar la muerte fetal intraútero. El equipo se presentará a los padres, es una buena forma de iniciar un acercamiento. Estarán presentes los MÍNIMOS profesionales necesarios.
- En ese momento, la auxiliar de la consulta colocará el distintivo de la mariposa en la puerta de urgencias con el objetivo de evitar interrupciones y comunicar al resto de personal de lo que está ocurriendo dentro. 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 muerte fetal, el médico adjunto (preferiblemente uno solo) deberá transmitir la información de forma empática, clara y concisa. Para ello es importante posicionar a la paciente de forma que una vez la exploración haya terminado, se encuentre incorporada y en una posición cómoda, el acompañante se encuentre a su lado y nos permita el contacto visual con ambos.

- Puede ser de ayuda repetirles la información o comunicársela de diferentes maneras, incluso por escrito. A las personas en estado de shock les cuesta asumir y recordar lo que se les ha dicho.
- En este momento, dejaremos el tiempo que necesiten la gestante y su acompañante, que se situarán en Observación de Urgencias Maternales, para continuar después con el siguiente punto. Si esta sala está ocupada por otras gestantes, se procederá a reubicarlas con la mayor brevedad posible.
- Garantizar su intimidad y confort.

Realizar una anamnesis detallada.

Es importante revisar toda la documentación aportada por la paciente acerca de antecedentes personales y preguntar solo a la gestante y acompañante lo estrictamente necesario.

Se valorarán los apartados contenidos en el *Protocolo de Muerte Fetal Anteparto* del servicio y se solicitarán las pruebas pertinentes para cumplimentarlo.

Toma de decisiones:

Se recomienda que el mismo facultativo que ha realizado la comunicación de la ausencia de latido cardíaco fetal realice las explicaciones sobre el proceso de nacimiento así como de los estudios que se pueden llevar a cabo (autopsia, estudio genético...) y entregue los consentimientos informados que corresponda. La mujer y su familiar pueden necesitar un tiempo desde que se les ofrece ésta información hasta que toman una decisión o precisar que se les repita o se les ofrezcan más aclaraciones. El lenguaje debe ser claro, pausado y sencillo, evitando tecnicismos y detalles médicos.

Se comprobará si la paciente tiene firmado el consentimiento informado de analgesia epidural y si no lo tuviera se avisará al servicio de anestesia para que acuda a entregárselo e informarla. **(Busca 489062)**

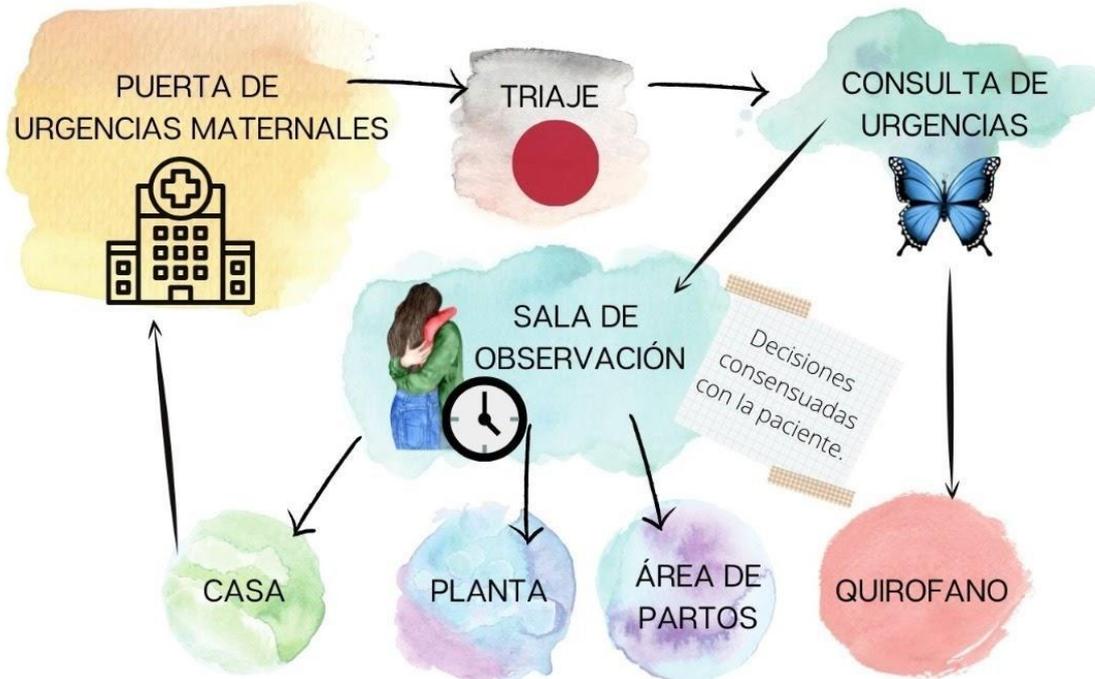
En todo momento se tendrán en cuenta los deseos y preferencias de la mujer. Siendo la toma de decisiones consensuadas entre ambas partes.

Momento de ingreso:

Si la situación médica lo permite y no existen complicaciones por las que la paciente deba ingresar en ese momento, se ofrecerá **actitud expectante** durante 24 horas, y acudir al hospital para inducción del parto al día siguiente. Se individualizará siempre cada caso y se les explicará que esto es beneficioso para un mejor manejo del duelo perinatal y para poder tomar decisiones con calma.

En caso de que la paciente quiera ingresar pero no haya motivo por el que empezar la inducción en ese mismo momento, se le ofrecerá ir a **planta**. (Ver apartado: **Planta de hospitalización**)

CIRCUITOS EN MUERTE GESTACIONAL 2º-3ER TRIMESTRE.



ÁREA DE PARTOS

La habitación será señalizada con una MARIPOSA AZUL y todo el servicio será conocedor del significado de esta señal.



Realizamos la recepción de la gestante **presentándonos por nuestro nombre y cargo** como la persona que la va a atender durante su proceso de parto, y si finalizamos nuestro turno nos despedimos y le presentamos al nuevo equipo. En este primer momento, para establecer una relación de confianza, podemos empezar diciéndoles “lo sentimos mucho”, y preguntándoles cómo se encuentran ya que esta pregunta abierta puede favorecer la expresión de sus emociones.

A continuación les explicamos las acciones que se van a llevar a cabo **a corto-medio plazo**, dosificando la información para no saturarles, resolviendo sus dudas y consensuando las acciones.

Por las características de nuestra área obstétrica la ubicación de la paciente será la **Dilatación 4**, ya que en la misma puede llevarse a cabo todo el proceso: dilatación-parto-puerperio inmediato y despedida. Cuenta con una cama Hillrom lo que permite que el parto tenga lugar en la misma habitación, evitando así entrar al paritorio y guardando la intimidad durante todo el proceso.

Si ésta dilatación está ocupada por otra gestante se trasladará a otra dilatación a la gestante que no ha tenido una muerte gestacional.

Debemos ofrecerles diferentes opciones para el **alivio del dolor**. Si la gestante lo solicita pautar analgesia desde el inicio del proceso. **(Busca 489062)**

Es importante que durante el proceso del parto se vele por la **intimidad** de la gestante, y que estemos presentes los mínimos profesionales sanitarios, PERO NO POR ELLO dejar de acudir a la dilatación o evitar el contacto. Al contrario, más que nunca será necesario que se sientan seguros y arropados por los profesionales.

En el momento del nacimiento estará presente la matrona y una auxiliar. Tras nacer el bebé, la TCAE lo cogerá y lo dejará en una cuna que habremos entrado previamente a la dilatación.

Mientras la matrona espera al alumbramiento y sutura en caso de ser necesario, la TCAE avisará al ginecólogo de guardia para que realice la **inspección del cuerpo y placenta** (Anexo 2: investigaciones principales), y **rellenar informes correspondientes** (Ver apartado Manejo del cuerpo) Los informes los traerá el encargado de celadores (Busca 489030).

Previamente a vestirle, la matrona y/o TCAE pesará al bebé y tomaremos las medidas de talla de perímetro cefálico.

Pesaremos la placenta y la enviaremos a anatomía patológica en un bote blanco que contiene formol. La identificaremos con una pegatina de la madre.

Despedida del bebé, creación de recuerdos y manejo del cuerpo. **Ver apartados correspondientes.**

Traslado a planta: Siempre que la paciente vaya a subir a planta, avisaremos con antelación de la situación, al personal celador y al personal de enfermería de la planta para que tengan todo preparado para su recibimiento.

Por último, volveremos a avisar al encargado del personal celador (**Busca 489030**) para trasladar el cuerpo del bebé a la morgue o a AP según corresponda.

HABITACIÓN DE DESPEDIDA

Durante el proceso de inducción, debemos preguntarles sobre la **despedida del bebé**. Pueden suceder situaciones diversas:

- **Desean ver y despedirse del bebé:** Serán los padres quienes nos indiquen cuando ha concluido dicho tiempo.
- **Dudan si verle:** Podemos encontrar la situación frecuente de que la familia no tenga claro si quiere ver al bebé, en ese caso podemos explicarle lo **beneficioso** que resulta para el duelo el despedirse del bebé. Se ha demostrado que verlo, despedirse e identificarlo con un nombre, favorece el desarrollo de un duelo fisiológico.

Las familias que se niegan verlo suelen tener el argumento de que esa imagen se le va a quedar grabada para toda la vida y les va a martirizar, pero la realidad es que las familias que ven a su bebé, lo suelen describir cómo “*el mejor momento dentro de la desgracia que supone la muerte de un hijo*”. Les sirve para tomar conciencia real de que esa situación está pasando. Muchas familias que deciden no ver al bebé, tiempo después se arrepienten, se culpabilizan por ello y algunas hasta emprenden un proceso de búsqueda de fotografías de autopsia, etc. En estos casos podemos ofrecer **ser nosotras quien le vea primero**, y después contarle en qué condiciones está el cuerpo. Algunas familias pueden no querer verlo pensando que tendrá un aspecto horrible y que en realidad tenga un aspecto totalmente normal. Si por el estado de maceración o por alguna malformación el estado del bebé está bastante afectado, podemos vestirle y envolverle casi por completo, dejando visible pies y manos, y que sea la familia quien decida hasta dónde quiere destapar.

- **No desean realizar despedida:** Si nos manifiestan que no desean ver el cuerpo, podemos preguntar si algún abuelo o familiar cercano querrá venir a despedirse del bebé. Les explicaremos que podrán cambiar de opinión, verlo y despedirse de él dentro de las siguientes 48 horas. Pueden no querer realizar despedida pero sí recoger recuerdos.

Una situación excepcional sería que la madre estuviera ingresada en UCI y pasadas las 48h todavía no se encontrara en situación de despedirse del bebé, en ese caso habría que individualizar y comunicarlo con Anatomía Patológica para valorar el caso.

CREACIÓN DE RECUERDOS

Que las familias tengan recuerdos del bebé que ha fallecido es algo beneficioso a la hora de elaborar un duelo fisiológico. Es además el único momento que tenemos para recoger esos recuerdos.

¿A partir de qué semana? Dependerá de las particularidades de cada caso pero a partir de que haya un **cuerpo** podemos recoger recuerdos, tendremos que adaptarnos a la situación, por ejemplo en una muerte de 16-17 s.g. podemos recoger las huellas, y realizar fotografías.

Recuerdos que podemos recoger y recomendaciones:

* **Huellas:** Pregunta a los padres si desean que las huellas se tomen en su presencia y si ellos quieren colaborar.

- Tarjeta con las huellas (pies, o pies y manos) y **datos** (nombre del bebé, hora del nacimiento, peso, talla, perímetro).
- Cartulina de huellas EXTRA. Puede que en una segunda toma queden mejor, o que luego los padres quieran elegir qué huellas les gustan más. Hay familias que las enmarcan, o que se hacen un tatuaje con el dibujo de esas huellas.



***Identificación:**

- Pulseras identificativas.
- Pinza de cordón umbilical con identificación, esta pinza NO se estará en la caja de recuerdos ya que PERMANECERÁ con el bebé en todo momento.

***Ropita:**

Arrullo, gorro y/o body QUE SE LE HA PUESTO AL BEBÉ (Diferentes tamaños disponibles). Independientemente de si los padres quieren a priori ver al bebé o no, lo vestimos, y esa ropita que ha estado en contacto con el bebé, la metemos en la caja de recuerdos.

*Botecito con **mechón de pelo** (metido dentro de un sobre pequeño).

*Tarjeta SD o microSD con FOTOGRAFÍAS dentro de un sobre pequeño.

FOTOGRAFÍA

Se realizan con la cámara digital de la que disponemos en el servicio para este fin. Independientemente de si los padres realizan una despedida del bebé o no. Tendemos a pensar que la imagen del bebé no se les va a olvidar en la vida, pero esto no es así, los recuerdos nítidos pasado un tiempo se suelen ir desvaneciendo. Las fotografías, y más una fotografía digital, va a conservarse toda la vida, además ellos decidirán si verlas o no y cuál será el mejor momento para ello. Podrán editarlas o imprimirlas.

- Les proponemos realizar las fotografías en su presencia y que ellos colaboren.
- Ver el anexo 3 y 4, donde hay ejemplos de fotografías que podemos realizar.
- Proponemos realizar fotos de los tres juntos.
- Si la familia NO desea llevarse las fotografías junto con la caja de recuerdos, será necesaria la firma del consentimiento informado para la realización y custodia de las fotos por parte del servicio. Anexo 5. Dejaremos el consentimiento y el sobre pequeño con la tarjeta SD en el archivador destinado para este fin el despacho de la supervisora de partos, ambos dentro de una funda de plástico.

En caso de que la familia desee realizar las fotografías con su propia cámara, les acompañaremos y ayudaremos a realizarlas.

Tenemos la posibilidad de que una **fotógrafa profesional voluntaria** realice las fotografías, sin coste alguno para el hospital y las familias, (información de contacto en la caja de creación de recuerdos).

Antes de subir a planta, le entregamos la **caja de recuerdos** junto a la hoja explicativa de la misma (anexo 6), y en caso de que no deseen la caja, les hacemos entrega de la hoja explicativa solamente ya que en ella tienen las indicaciones para recuperar los recuerdos un tiempo después.

Les entregaremos los TRÍPTICOS INFORMATIVOS: (Anexo 7).

- Recomendaciones para afrontar el duelo.
- Recomendaciones para afrontar el duelo. Círculo cercano.

- Recomendaciones para afrontar el duelo. En los niños. (Si la familia convive con niños: otros hijos, hijos de la pareja, etc)

Si la madre ha tenido que subir a quirófano y se queda en el área de reanimación, el bebé sin vida bajará a partos donde la matrona realizará creación de recuerdos y posteriormente le entregará la caja en la planta de hospitalización y le ofrecerá realizar la despedida del bebé en su habitación. En estos casos, para evitar que las horas que pasen jueguen en nuestra contra, sería interesante disponer de una **cuna fría “cuddle cold”**. Actualmente muy pocos hospitales en España disponen de una a pesar de que permite a las familias que se puedan despedir del bebé sin prisas.

ATENCIÓN EPIRITUAL

Se les preguntará si desean realizar algún rito religioso, el hospital cuenta con el servicio de sacerdote de religión Católica y religión Evangelista.

- Culto católico:
Sacerdote: Teléfono 637 362 159. Busca 489096.
- Culto evangélico:
Dámaris Abellán Amorós 966616495 (8:00h a 15:00h), 657354429 (>15:00h).

MANEJO DEL CUERPO

*Es importante conocer que a partir de la [SENTENCIA](#) del Tribunal Constitucional, 1 de febrero de 2016, dictada en el recurso de amparo nº 533/2014, las familias que deseen **pueden** disponer del cuerpo de su bebé de menos de 500gr o 22 semanas. Siempre será a través de una funeraria, ya sea asumiendo la familia el coste de la inhumación o sepelio, o a través de su seguro de decesos si lo tuviera o el de su madre, ya que normalmente los seguros de decesos incluyen a los nietos los primeros años.*

* Si EG < 26 SG:

La incineración/sepelio es opcional:

- En caso de que los padres quieran encargarse del cuerpo:
 1. Avisar al encargado de celadores. (Busca 489030)
 2. Rellenar: “Consentimiento de retirada de restos humanos”

3. Anexo 15 y “Certificado médico oficial” Anexo 16.

- Si no se encargan los padres del cuerpo, se tratarán los restos como otras piezas de AP (enviar a AP aunque no se realice estudio).

Rellenar:

- Solicitud/Autorización postmortem, si desean. Anexo 11 (Si los padres se hacen cargo del cuerpo indicarlo en la solicitud).

Conservación del cuerpo:

- Independientemente del estudio AP y de la disposición del cuerpo, el cuerpo debe conservarse en un bote blanco que contiene FORMOL (diferentes tamaños).



* Si EG > 22 SG:

Misma actuación que apartado anterior + **Boletín estadístico del parto**. Anexo 9.

* Si EG > 0 = 26SG:

El sepelio/incineración es obligatorio:

- Avisar al encargado de celadores. (Busca 489030)
- Si la familia se hace cargo del cuerpo: Rellenar: “**Consentimiento de retirada de restos humanos**”. Anexo 15.
- Si la familia NO se hace cargo del cuerpo el hospital llevará a cabo una incineración colectiva. Rellenar: “**Autorización de retirada del difunto**”. Anexo 14.

Rellenar:

- Autorización autopsia. Anexo 12/ Petición de Estudio postmortem. Anexo 13. (Si los padres se hacen cargo del cuerpo indicarlo en la solicitud)
- **Boletín estadístico del parto**. Anexo 9.
- **Declaración y parte de alumbramiento de criaturas abortivas**. Anexo 8.
- Hoja obstétrica en Orion.

Conservación del cuerpo:

Hasta que se lleve a AP para estudio o se lo lleve la funeraria, el cuerpo permanecerá en la morgue. Contamos con la autorización por escrito de dicha unidad para mantener el cuerpo hasta 48h en la cámara, y posibilitar así la despedida del mismo por parte de la familia.

* Si nace vivo y fallece (a partir viabilidad 24 SG):

El sepelio/incineración es obligatorio:

- La familia se debe hacer cargo del cuerpo.
- Avisar al encargado de celadores.
- Consentimiento retirada de restos humanos y Certificado médico oficial (<26) Anexo 15 y 16.
- Hoja retirada del difunto (> o = 26) Anexo 10.

Rellenar:

- **Certificado de nacimiento.**
- **Certificado de defunción.** Anexo 10.
- **Boletín estadístico del parto.** Anexo 9.

Registrar nacimiento en Orion y abrir la historia del recién nacido.

Toda la papelería relacionada con la muerte perinatal, la aporta el encargado de celadores, aunque los documentos que no son referentes exclusivamente a la disposición del cuerpo, los podemos encontrar también en el archivador negro de paritorio que lleva el título de “Estudio Postmortem”.

ATENCIÓN A LA FAMILIA EN LA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN.

El ingreso en la planta de hospitalización puede suceder tras conocer la pérdida neonatal en una mujer aún gestante en espera de la finalización del embarazo, o tras el parto y despedida del recién nacido.

En cualquier caso, el traslado a una planta de hospitalización, para continuar con los cuidados requeridos en este periodo, debe ser extremadamente cuidadoso. El conocimiento de la situación

por parte de todo el personal de la unidad (celador, personal de limpieza, TCAES, enfermeras, matrona y obstetras) favorecerá la atención más adecuada.

La ubicación será preferiblemente en la **octava planta** de nuestro hospital donde se ubican los ingresos ginecológicos. Esta acción debe ser **consensuada** con la familia. Entendemos que desee evitar la cercanía con otras madres y recién nacidos pero hay que atender la **particularidad** de cada caso, como puede ser el fallecimiento de uno de los gemelos o que ya estuviese días ingresada en la maternidad y desee continuar allí, o que prefiera ingresar en la planta de maternidad y así sentirse y reafirmarse como “una madre más”. También deberíamos cuidar la ubicación tras una pérdida gestacional temprana o madres tras el nacimiento de un neonato en estado crítico. Podría preguntarse de la siguiente manera: *“En tu caso como madre que va a dar a luz deberías de ingresar en la planta de maternidad, entendemos que en este caso sea muy doloroso ya que se escucharán llantos de bebé y si quieres te proponemos ingresar en la planta de ginecología, qué piensas? Puedes tomarte un tiempo para pensarlo”*

La **habitación será individual**, facilitando el acompañamiento por las personas que deseen. La habitación puede ser señalizada mediante el distintivo de la MARIPOSA si la familia nos autoriza. En caso necesario llamar a gestión de camas especificando el caso: 616 710.

El entorno debe ser el más adecuado para facilitar la elaboración del duelo. Asegurar la expresión de sentimientos en un entorno con privacidad y respeto atendiendo a las peculiaridades personales y religiosas de la mujer y su familia.

Si la despedida del bebé se realiza en la planta de hospitalización, será desde allí desde donde las enfermeras avisen al celador encargado (Busca 489030) para transportarlo a la morgue (>26SG).

Comunicar el ingreso a la matrona de la maternidad para colaborar en ofrecer los cuidados adecuados.

Es preferible ofrecer un **manejo de la lactogénesis** amplio donde se planteen las diferentes opciones y apoyar una decisión informada. La matrona de planta entregará y explicará el tríptico: Manejo de la lactancia en duelo. Anexo 16. En caso de ser fin de semana, será el profesional de enfermería quien realice esta acción.

- Inhibición fisiológica.
- Inhibición farmacológica.
- Continuar con una lactancia ya iniciada en un hijo más mayor.
- Donación a banco de leche. (teléfono 966 616 962 / 963 Aure Carbonell, lunes a jueves 9:00h a 14:30h).

Se ofrecerá la posibilidad de un Alta hospitalaria precoz, tan pronto como la situación clínica lo permita planificando las diferentes visitas en atención especializada y primaria. En el informe de alta hospitalaria, aparecerá la fecha y hora de la **cita en la consulta de ginecología (C-208) entre 1-2 meses después del parto**, donde se entregarán resultados, si los hay, y valorarán estudios. (Anexo 18).

Comunicar a la **administrativa** del servicio que entregará informe de maternidad con el que se solicita la prestación por maternidad (Si > 26SG).

INSCRIPCIÓN EN REGISTRO CIVIL Y PRESTACIONES.

PRESTACIONES

16 Semanas, 6 primeras obligatorias.

- * Si el bebé fallece intraútero > 180 días de gestación.:

MATERNIDAD

Se concede siempre que se cumplan unos mínimos de cotización.

- * Si el bebé nace con vida y fallece: Aunque viva un minuto.

MATERNIDAD y PATERNIDAD

Se concede siempre que se cumplan unos mínimos de cotización.

Muerte intrauterina de < 180 días NO hay prestación.

Solicitud en un plazo de máx. 30 días.

Puede pedir cita con la trabajadora social si precisa ayuda para la tramitación.

INSCRIPCIÓN

- * Si el bebé fallece intraútero > 180 días de gestación:

 SE PODRÍA INSCRIBIR COMO LEGAJO DE ABORTO.

Esta inscripción no tiene validez jurídica.
Ley aprobada en 2011 que todavía no ha entrado en vigor.

Presentar: - Declaración y parte de alumbramiento de criaturas abortivas.
- Documento de identidad.

- * Si el bebé nace con vida y fallece: Aunque viva un minuto.
BOE-A-2011-12628

 SE DEBE INSCRIBIR EN EL REGISTRO CIVIL.

Inscribir nacimiento y defunción.
Se puede inscribir en el libro de familia.

Presentar:
- Certificado de nacimiento.
- Boletín estadístico del parto.
- Certificado de defunción.
- DNI/NIE

Muerte intrauterina de < 180 días NO se inscribe.

DERIVACIÓN A SALUD MENTAL

Las expresiones del duelo son muy variadas, durante el ingreso hospitalario, sobre todo en caso de una muerte no esperada, tan normal podría ser la negación, el shock, la rabia, la ira...

Los casos que precisarían de una interconsulta a salud mental, a través de Orion, para que acudan a valorar a la paciente y/o pareja serían:

- Patología mental actual que se esté viendo agravada por el duelo.
- Pérdida absoluta de contacto con la realidad.
- Intento autolítico.

Hay factores que pueden hacer presagiar un duelo patológico o complicado, en ese caso el obstetra deberá anotarlos en el informe de alta, y la matrona de planta debe hacerlos constar en su comunicación con la matrona de atención primaria, para prestar una atención especial a cómo se está desarrollando este duelo, y dado el caso, bien por parte de la matrona o tras su visita de seguimiento con ginecología sea derivada a salud mental de su centro de salud correspondiente:

Factores de riesgo para duelo disfuncional:

- Antecedentes de depresión/ansiedad.
- Antecedentes de drogadicción.
- Antecedentes de intento autolítico.
- Ausencia de red de apoyo.
- Conflictos con su actual pareja.
- No tener hijos previos.
- Historia de infertilidad.
- Haber tenido otra/s muerte/s perinatal/es o fallecimiento de hijos.
- Nacimiento múltiple.
- Muerte inesperada.
- Embarazo avanzado.
- Ausencia de rituales de despedida.

COORDINACIÓN CON ATENCIÓN PRIMARIA

* Abortos precoces: tras ser atendida en la puerta de urgencias el residente u obstetra de guardia le recomendará a la mujer acudir a su **cita con la matrona de centro de salud o concertar una**. Para evitar que en la sala de espera se encuentren con otras embarazadas se le puede recomendar que contacte previamente para acordar una nueva hora.

La matrona en el centro de salud, tras ver y hablar con la mujer, se ocupará de cerrar el episodio del embarazo en Abucasis y **anulará todas las citas pendientes** para análisis de sangre y ecografías (12, 20 o 34 sem.), a través de admisión del centro de salud o llamando a la consulta 205 (tel. 616 719) y consulta 214 (tel.616 320).

Si la mujer no se presenta en la consulta, se le llamará y se le ofrecerá una cita presencial para hablar de lo ocurrido, dar recomendaciones sobre planificación de un nuevo embarazo o planificar cómo evitarlo si así lo desea (derivar a la consulta de Planificación familiar si precisa).

* Muerte fetal intermedia y tardía: al alta a la mujer se le dará cita con su matrona de primaria. Es importante que la matrona de planta se **comunique** con un informe en abucasis un poco más extendido donde dé detalles además del tipo de parto y eventos que acontecieron, si la familia se despidió del bebé, si le tomaron fotografía, si se van a hacer cargo del cuerpo, si tienen factores favorecedores de duelo patológico, etc.

ATENCIÓN PRIMARIA

DERIVACIÓN AL HOSPITAL ANTE LA SOSPECHA DE MUERTE FETAL

Al detectar ausencia de tonos fetales, la matrona derivará a la mujer a la puerta de urgencias maternas. Le dará una hoja de derivación (copia de la hoja de la consulta) donde especificará el motivo de la derivación. Al salir la paciente de la consulta, la matrona llamará al Paritorio (tel. 966 616 924) para informar del caso y dará los datos de la paciente para agilizar el proceso de triaje y acortar el tiempo en la sala de espera.

SEGUIMIENTO POSTERIOR

Se recomiendan **mínimo dos visitas**, a la semana y a los dos meses, pero como en toda puérpera, se debe citar a cada paciente en función de sus necesidades.

La citaremos en un horario donde no vaya a encontrar a otras embarazadas, posiblemente a primera o a última hora de la mañana o de la tarde. Debemos disponer de tiempo para poder atenderla de una forma adecuada.

Recomendaremos además a la paciente, que acuda a las citas con su PAREJA, ya que así podremos valorar cómo está gestionando el duelo cada uno, y podremos expresarles que es muy necesaria la comunicación entre ambos.

En la **1ª visita**, en la primera semana tras el Alta hospitalaria se evaluarán:

- **Control puerperal** habitual del programa de salud.
- **Lactogénesis:** Valorar tipo de inhibición de lactancia y su efectividad. Si no ha inhibido la lactancia, podemos proponerle la donación al banco de leche. Entregar tríptico. Si ya está donando leche al Banco: reforzar la actitud.
- **Anticoncepción:** Aunque normalmente se aborda el tema en la segunda visita, en éstas pacientes debemos adelantar este punto, ya que un nuevo embarazo es una situación que en este caso debería ser planificada, cuando se sientan de nuevo preparados, y a veces el dolor tan grande que se siente por la pérdida de un hijo puede llevarles a buscar placeres inmediatos como el de las relaciones sexuales.
- **Trípticos con recomendaciones sobre el duelo:** Les preguntaremos si se los entregaron en el hospital y de no ser así, se les entregará en la consulta. Haremos especial mención a los grupos de apoyo de la zona y recomendaremos que les contacten.
- **Aspecto social:** Debemos indagar en cuál es su red de apoyo, podemos preguntar con quién cuenta en este caso para hablar cuando necesita y desahogarse.
- **Escucha activa** de las expresiones de dolor, culpa, etc. Podemos realizar preguntas abiertas como “¿Os apetece hablar de cómo ha ido la estancia en el hospital?”, “¿Os despedisteis de (el nombre del bebé)?”, “¿Le tomasteis fotografías?”, “¿Cómo ha ido la vuelta a casa?” ...
- **Normalizar** las emociones de la paciente y su pareja.

- Ver factores de riesgo para duelo patológico en el apartado **Derivación a Salud Mental**. Prestar especial atención y realizar un seguimiento más estrecho si presenta uno o varios factores de riesgo.
- **Información sobre prestaciones.**

Si vamos a realizar una **escucha activa**, debemos de disponer de tiempo para poder escucharla. Si cuando la paciente empieza a “abrirse” la despedimos de la consulta, o empezamos a mover las piernas, mirar el reloj, la pantalla... romperemos la relación de confianza y no volverá a expresarnos sus emociones. Recordando que hay frases adecuadas para decir y otras que no se deben decir (recogidas en el anexo 1).

En la **visita** de los dos meses:

- Revisión habitual.
- Preguntaremos por la **evolución del duelo**. Las fases de más intensidad emocional, como ira o llanto desconsolado habrán ido perdiendo intensidad. Podemos preguntar si tiene algún pensamiento recurrente. No le mencionaremos la culpa a la paciente pero sabemos que a veces es frecuente tener este sentimiento, en caso de que ella nos lo exponga, lo normalizaremos como una de las tareas del duelo en la que la mente explora todo lo que se podría haber realizado de forma diferente, pero en ningún caso lo que ha pasado es su culpa. Normalizar que todavía no haya vuelto a su vida “normal”, ya que esta situación la va a cambiar y la normalidad después de la muerte gestacional va a ser diferente a la que era antes.
- Preguntaremos si han contactado con **grupos de apoyo**.
- Vuelta al trabajo: si la muerte fue a partir de los 180 días, seguramente esté de baja maternal ahora mismo, pero igual optó por coger solamente las primeras 6 semanas obligatorias, en ese caso, preguntaremos por la vuelta al trabajo. Suele ser un momento duro.
- La matrona pasará la Escala de Duelo Perinatal. El resultado igual o mayor a 42 necesita evaluación por Salud Mental o por un Psicólogo experto en duelo. Se realizará interconsulta. Anexo 19.

FORMACIÓN

Solemos verbalizar que existe una necesidad de formarnos en torno al duelo perinatal y comunicación de malas noticias. Sabemos que la situación deseada e ideal sería que un profesional viniera a formarnos en el centro donde trabajamos dentro de nuestro horario de trabajo. Esta situación no siempre se da, pero atendemos a pacientes que se encuentran transitando el duelo perinatal prácticamente a diario si tenemos en cuenta el concepto de muerte perinatal ampliada. Es nuestra responsabilidad como profesionales dar la mejor atención posible. Formarnos además no se limita a realizar un curso, un taller o un experto, formarnos también es compartir experiencias entre profesionales, escuchar testimonios ya sea de pacientes o personas conocidas que nos cuenten sobre su vivencia de duelo y qué le resultó beneficioso. En estos últimos años muchos hospitales han creado protocolos y guías, repletos de referencias a las que podemos acudir. A continuación mostramos una serie de formaciones relacionadas con el duelo perinatal y duelo en general, así como diferentes documentos visuales sobre el duelo perinatal.

Sobre el duelo perinatal:

- Fotografía y duelo. <https://www.normagrau.com/formacion>
- Formación en duelo maternal humanizado. “Cuando nacer y morir van de la mano” Cor a cor. Barcelona y on.line. <http://www.coracor.es/>
- Formación en duelo gestacional y perinatal. <https://mariaandregarciamedina.com/formacion/> 6 meses, on.line.
- Duelo gestacional, perinatal y gestación arcoiris. <https://www.dueloyarcoiris.cl/> On.line. 7 meses.
- Seminario Pérdida gestacional y duelo perinatal. <https://saludmentalperinatal.es/product/seminario-perdida-gestacional-duelo-perinatal/>

Sobre el duelo en general:

- <http://www.fundacionmetta.org/> Elche. Experto en acompañamiento en el proceso de morir. 200 horas, 12 meses. on.line
- Vinyana. Elche. <http://www.vinyana.org/>
- Instituto IPIR. Duelo y pérdidas. Formación a profesionales y atención a familias.
- Curso de acompañamiento e intervención terapéutica en procesos de duelo. Formación Alcalá. 175h. on.line.
- Fundación Mario Losantos del Campo <http://www.fundacionmlc.org/>

DOCUMENTOS VISUALES:

- Sense batec. <https://www.youtube.com/watch?v=GdvzYysx7oc>
- La geometría del ombligo. <https://www.youtube.com/watch?v=hOci19wYQi>
- Jornada de Sensibilización ante la Muerte Gestacional y Perinatal. Colegio Enfermería de Cádiz. <https://www.youtube.com/watch?v=wV3Chsfoejw>
- Red Latina duelo gestacional, perinatal e infantil
<https://www.youtube.com/channel/UChzKvaKzzb1nKgb0b0huDBw>
- https://youtube.com/playlist?list=PL_2lx-li2_FrcoZq_C99YHwmHshJgzQ1K Carpeta con más de 100 vídeos referentes al duelo perinatal, entrevistas, TEDtalks, etc.

CUIDADO DE LOS PROFESIONALES

Cabe señalar acciones positivas para el cuidado de los profesionales que atendemos a las familias en el proceso de muerte perinatal:

- **Realizar reuniones de equipo** tras los casos para ver puntos de mejora y poder expresar las dificultades y emociones vividas.
- Buscar **apoyo entre compañeros**: Hablar de cómo nos sentimos. Puede en este momento no estemos preparados para atender s parto porque acabáramos de vivirlo en primera persona, que sea la primera vez que atiendes un parto de un bebé sin vida, u otra situación, pero debemos tener en cuenta que es parte de nuestro trabajo y para todos los profesionales es una situación muy dura, sin embargo si atendemos a esta familia con el mayor grado de acercamiento, empatía y profesionalidad, será una situación gratificante.
- **Ayuda psicológica** en caso de ser necesario.

EVALUACIÓN Y REVISIÓN DEL PROTOCOLO.

La supervisora de partos será la persona encargada de rellenar la ficha que aparece a continuación que nos permitirá evaluar cada caso y valorar las dificultades encontradas.

Fecha:
SIP de la paciente:
Centro de Salud al que pertenece:
Equipo que atendió durante el parto:
Semanas de gestación:
Momento de la muerte: preparto / intraparto /postparto
¿Recibió la noticia de la muerte acompañada?
¿Se le ofreció ir a casa después de la noticia y antes de empezar la inducción? SI / NO
¿Se conoce o se sospecha la causa de la muerte? SI / NO
¿Si es así, cuál es?
¿Se le explicó que puede llevarse el cuerpo de su hijo a través de funeraria independientemente del estudio anatomopatológico que se realice? SI / NO
¿Qué decidió?
¿Se le facilitó el uso de anestesia epidural? SI / NO
¿Se produjo encuentro entre los padres y el bebé fallecido? SI / NO

¿Durante cuánto tiempo aproximadamente?
¿Se les facilitó la realización de ritos religiosos? SI / NO
Recuerdos que se recogieron:
- Tarjeta con las huellas y datos.
- Cartulina de huellas extra.
- Pulseras identificativas.
- Arrullo, body y gorro que se le ha puesto al bebé.
- Botecito con mechón de pelo.

- Tarjeta microSD con fotografías
- Otros:
¿Aceptó la familia la entrega de la caja de recuerdos? (**De no ser así, la guardamos en el despacho de supervisión durante un tiempo.**)
¿Se le han entregado a la familia los trípticos informativos?
¿Esta familia volvió a por la caja tiempo después?
Si se han realizado fotografías:
¿Estaban los padres presentes? SI / NO
¿Colaboraron los padres en la realización de las fotos? SI / NO
¿Ofreciste realizar una foto de familia? SI / NO ¿la aceptaron? SI / NO
¿Qué dificultades encontrasteis en el proceso de acompañamiento de este nacimiento y la creación de recuerdos? (Puedes escribir en una hoja aparte y adjuntarla)
Lactancia.
¿Se le ofreció un manejo amplio de la lactancia: inhibición farmacológica, fisiológica o extracción para donación a banco de leche? SI / NO ¿Que decidió?

Alta:
¿Se contactó con la matrona de AP para informar del caso?
Atención Primaria:
¿Acudió esta familia a la consulta?
¿Cuántos días pasaron después de la pérdida?
¿Adaptaste el horario de la visita para evitar que coincidieran con otras mujeres embarazadas?
¿Se facilitó la expresión de emociones?
¿Facilitaste los trípticos informativos en caso de que no los hubiera recibido en el hospital o que los hubieran extraviado?
¿Habéis hablado de los grupos de apoyo?
Si tiene otros hijos o niños en casa, ¿habéis hablado de duelo en los niños?
¿Cuántas visitas necesitó? (Aunque sean telefónicas)

¿Hiciste uso de la Escala de Duelo Perinatal?

¿Precisó de alguna derivación?

Consulta ginecológica posterior:

En caso de estudio AP, ¿cuánto tiempo tardó la familia en tener los resultados?

Revisión de casos:

¿Se juntó el equipo que estuvo presente en este caso para evaluarlo, buscar puntos de mejora y permitir la expresión de emociones por parte de los profesionales? SI / NO

DOCUMENTOS ANEXOS:

Anexo 1: Palabras que acompañan/ Palabras que alejan.

Que acompañan:

LO SIENTO.
Siento mucho por lo que
estáis pasando.

Tened por seguro que
estaremos a vuestro lado.

No tengo palabras
para expresar lo que siento.

No me molesta si lloráis.

¿Cómo os sentís?
¿tenéis ganas de hablar?

No me puedo ni imaginar
lo duro/difícil
que debe ser.

**Si no sabes que
decir, mejor no
decir nada, que
decir algo
"indebido"**



PALABRAS

Que alejan:

Tenéis que ser fuertes. Al menos no le
Esto os hará más fuertes. habíais conocido.

Llorar no os lo va a devolver.

Es voluntad de Dios. Mejor ahora que más
Ahora tenéis un angelito. tarde.

Entiendo cómo os sentís. Volved al trabajo
(A menos que hayas cuanto antes.
pasado algo similar) Distraeros.

El tiempo lo cura todo.

El siguiente embarazo
irá mejor. Otras personas están peor.

Todo pasa por algo.

Al menos, ya tenéis otros hijos.

Sois jóvenes, ya tendréis más.

Con el tiempo que hace,
ya tendríais que haberlo superado.

Fuente: Guía de actuación y acompañamiento en la muerte gestacional tardía. HCUVA

Anexo 2: Investigaciones principales.

En el momento en el que se realiza el diagnóstico de muerte fetal anteparto, se deben realizar las siguientes investigaciones:

- **INSPECCIÓN:** Tras la expulsión fetal, se recomienda realizar una detallada inspección tanto del feto como de la placenta. Debe de dejarse reflejado en una hoja médica de evolución: método de inducción del parto y su hora de inicio, hora de expulsión fetal y de alumbramiento.
- **FETO:** Se debe de describir si el mismo presenta alguna malformación aparente o marca por compresión del cordón.
- **PLACENTA:** Debe de describirse si se produce la expulsión de la misma de manera íntegra o fraccionada, la morfología y la inserción del cordón (prestar atención a signos como: hematoma retroplacentario, vasa previa, inserción velamentosa del cordón, trombosis del cordón, nudo de cordón apretado).
- **PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** acrónimo PAGE.
- **PLACENTA:** En los casos en los que se sospeche infección intraamniótica (RPM, parto espontáneo, fiebre materna, corioamnionitis...) se debe tomar un cultivo subamniótico de cara fetal. Para una correcta toma de dicha muestra se debe levantar el amnios levemente para efectuar el corte en una zona cercana a la inserción del cordón y realizar la toma del frotis bajo el amnios lejos del lugar de inserción. El resto de la placenta debe de ser mandada a Anatomía Patológica para estudio minucioso de posibles causas de isquemia placentaria (malperfusión vascular fetal, intervellitis, malperfusión vascular materna, infarto del suelo placentario...).
- **AUTOPSIA:** A día de hoy se considera el “gold estándar”, ya que aporta información fundamental para excluir posibles causas de exitus fetal. Es realizada por el patólogo y debe de incluir una exploración reglada del RN, fotografías clínicas, radiografías (en el caso de sospecha de displasias óseas) y observación in situ e histológico de los órganos fetales. La autopsia fetal debe de ser consentida por los progenitores y ha de ser reflejado en la historia clínica.

- **GENÉTICA:** Se puede realizar mediante la obtención de LA por amniocentesis o tras la recogida de muestras (talón RN) tras el parto. Se recomienda la realización del estudio genético al RN ya que hasta un 9% de los fetos muertos anteparto poseen anomalías del cariotipo y hasta un 20% en presencia de malformaciones fetales, hidrops o retraso del crecimiento fetal. El estudio genético debe de ser consentido por los progenitores y ha de ser reflejado en la historia clínica.
- **HEMORRAGIA FETO-MATERNA SEVERA:** Se define como transfusión de >20ml/Kg de peso (volemia fetal 85mL/kg). Es el responsable de hasta el 4.6% de las muertes fetales. Se han descrito como factores de riesgo: gestación múltiple, antecedente de traumatismo abdominal, DPPNI. Para su valoración se debe solicitar el test de Kleihauer-Betke.
- Se ha de tener en cuenta el grupo sanguíneo de la madre y la administración de IgAntiD en casos de Rh materno negativo

Anexo 3: Infografía con recomendaciones a la hora de fotografiar.

FOTOGRAFIAR..

INDEPENDIENTEMENTE DE SI LOS PADRES VEN Y PASAN TIEMPO CON EL BEBÉ.

Las imágenes de nuestra memoria se suelen desvanecer con el tiempo...

Viste al bebé, y envuélvelo tal como harías con un recién nacido vivo. Si la situación lo permite, ofrece a los padres si le quieren vestir ellos mismos, es el único momento que van a tener para hacerlo. Si tienen una ropita y un arrullo que traen de casa, utilízadlo.

Despeja el espacio donde vas a hacer las fotos para que no aparezca material del hospital. Si los padres quieren estar con el bebé, y tu estás cómoda, haz las fotos allí mismo, y de paso animarles a hacer una foto de los tres, con el tiempo muchas familias la echan de menos. Si aceptan, hazla desde un lado, ellos no miraran directamente a la cámara, ni tu se lo pidas, haz como si no estuvieras allí presente.

Puedes empezar tomando fotos de sus pies y sus manos, puedes moverlas para que queden juntas o una sobre la otra.



Tómate unos minutos para ver más ejemplos y de fotos de familia visitando "**Now I lay me down to sleep**" y "**Proyecto Stillbirth Norma Grau**" web, facebook o instagram.

Anexo 4: Ejemplos de fotografías de "Now I lay me to sleep". Tienen una guía para hospitales con ejemplos de fotos, aunque esté en inglés podemos ver los ejemplos de poses.



BABY ALONE



PARENT AND BABY



PARENTS WITH BABY



SIBLINGS WITH BABY



ENTIRE FAMILY WITH BABY



EXTENDED FAMILY WITH BABY

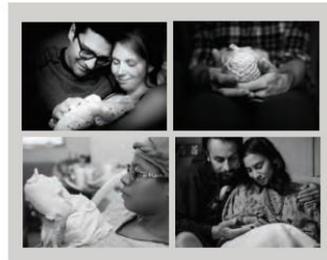
nowilmdts **POSING GUIDE**
Now I Lay Me Down to Sleep



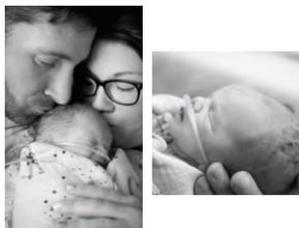
TINIEST FEATURES



MULTIPLE BABIES



IMPLIED BABY



BABY ON LIFE SUPPORT



SUPPORT ITEMS

FOR MORE INFORMATION
ABOUT OUR MEDICAL AFFILIATE PROGRAM
nowilaymedowntosleep.org/medical

FOR MORE INFORMATION
ABOUT RETOUCHING ASSISTANCE
nowilaymedowntosleep.org/retouching

Anexo 5: Consentimiento informado para la realización y custodia de fotografías.

	CONSENTIMIENTO PARA LA TOMA DE IMÁGENES Y AUTORIZACIÓN PARA SU USO
<p style="text-align: center;">DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO</p> <p>1. ¿Qué es?</p> <p>El término "Imagen" incluye vídeo o fotografía fija, en formato digital o de otro tipo, y cualquier otro medio de registro o reproducción de imágenes.</p> <p>2. Propósito:</p> <p>Dar consentimiento para la realización de fotos y posterior custodia de un bebé no nato o fallecido en etapa perinatal.</p> <p>Estas fotos permanecerán en custodia en la unidad de partos de dicho hospital durante 24 meses, tiempo en el que los padres podrán solicitarlas si lo desean. Para eso tendrán que llamar al teléfono de urgencias maternas (966 616 923), solicitando ponerse en contacto con la supervisora de partorio o escribiendo un e.mail a: partos_adlex@mva.es</p> <p>Pasado este tiempo las fotografías serán destruidas y por tanto irre recuperables.</p> <p>Las imágenes tomadas no se mostrarán, difundirán ni publicarán en ningún medio físico o virtual.</p> <p>Manifiestamos que entendemos íntegramente el contenido y naturaleza de este documento y que lo firmamos por libre decisión, propia voluntad y sin que nadie medie fuerza ni coacción o intimidación de ningún tipo.</p>	

Anexo 6: Hoja que acompaña a la caja de recuerdos.

DESDE EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HGU.ELCHE,
LAMENTAMOS PROFUNDAMENTE EL FALLECIMIENTO
DE VUESTRO BEBÉ.

Nos gustaría ayudaros a crear el máximo de recuerdos
posibles. Se ha demostrado que es una práctica
beneficiosa para el proceso de duelo.
Por eso creamos estas **cajitas** donde encontraréis:

- Tarjeta con sus datos y huellas.
- Pulseras identificativas con sus datos.
- Pinza con cordón umbilicar.
- Gorrito y arrullo con el que se le ha cubierto.
- Botecito con mechón de pelo.
- Tarjeta SD con fotografías.

A esta caja podéis añadirle otros recuerdos como la
cartilla de embarazo, ecografías, pendientes, ropita,
algún peluche..
Podéis decorarla a vuestro gusto o cambiar por otra.



Si decidís **NO** llevárosla:
la guardaremos durante tres meses.
Pasado ese tiempo conservaremos la tarjeta SD
durante **24** meses.
Para recuperarla debéis:
llamar a puerta de urgencias **966616923** y
preguntar por la supervisora o
escribir un correo a partos_adjelx@gva.es

Anexo 7: Trípticos con recomendaciones para afrontar el duelo.

RECOMENDACIONES PARA AFRONTAR EL DUELO



RECURSOS:

Grupos de ayuda mutua:

- Red el Hueco de mi vientre. Elche (Marian: 623030466)
- Julia Bernal Arroyo. Elche. www.juliabernalarroyo.com
- Mi pequeño ángel alado. Alicante.
- Grupo de apoyo al duelo perinatal Mimandoamama.
- Alas muerte perinatal. Marina Alta y Baixa.

Información:

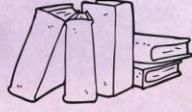
- Volver a vivir tras la pérdida de un hijo. Menudos corazones.
- Umamanita.
- Aprendiendo a vivir después de la muerte gestacional, muerte perinatal, infantil e infertilidad. www.miraralcielo.net

Libros:

- *La cuna vacía*. Rosa Jové, Emilio Santos Leal, M. Àngels Claramunt Armengau y Mónica Álvarez.
- *Bajo los cerezos de Saitama*. Ana Hernandorena González.
- *El camino de las lágrimas*. Jorge Bucay.
- *Morir cuando la vida empieza. Conocer y despedir al hijo al mismo tiempo*. Silvia López y Mª Teresa Pi-Sunyer.
- *La huella de Mikel*. Leire Ordax.
- *Cerca de ti. El libro que te ayuda a crear recuerdos durante el duelo perinatal*. Andrea Luque.
- *Cuando la cigüeña se pierde: guía para los padres que han sufrido la interrupción de un embarazo*. Angeles Doflate.

GENERALITAT VALENCIANA
Conselleria de Sanitat
Universal i Salut Pública

ELX
DEPARTAMENT DE SALUT



Darte permiso para estar en duelo:
Por mucho que se quiera evitar con distracciones u ocupaciones, el dolor saldrá, es el único modo de afrontar una pérdida. Permite estar mal o sentirte vulnerable cuando llega el momento. Sentir y expresar las emociones que surjan es parte del camino que se ha de recorrer tras la pérdida de un bebé.

Puedes tener sensación de irrealidad, de que esto no te está pasando a ti, puede haber enfado, necesidad de buscar un culpable, una gran tristeza y ganas de llorar, soñar con tu bebé, o crear escucharle llorar. Puedes perder las ganas de salir, de hablar con la gente. Puedes sentir que nadie comprende tu dolor y que nunca vas a ser capaz de superarlo.

Date tiempo para sanar:
El duelo no tiene su fin en una fecha determinada. Su duración depende de cada persona, de cómo se afronte la pérdida y de muchos otros factores. Hay que tener en cuenta que el proceso de duelo presenta altibajos. Fechas especiales, o sucesos inesperados pueden provocar la sensación de no avanzar, sin ser esto verdad.

Lo normal es que el dolor agudo deje de serlo, transformándose con una intensidad cada vez más suave. Los periodos de calma serán cada vez más frecuentes y duraderos, espaciando en el tiempo los episodios de dolor que hay entre ellos. El momento más difícil es cuando los demás piensan que el/la doliente ya debería haberse recuperado.

Aplaza las decisiones importantes:
Por ejemplo, no sería conveniente buscar otro embarazo mientras no se haya resuelto adecuadamente la pérdida.

Al llegar a casa:
No es el momento de decidir qué harás con las cosas del bebé. Se aconseja dejar todo como está y en algún momento, serás tú y tu pareja, quienes decidáis qué hacer con ellas. Será un momento duro, pero servirá para avanzar en el proceso de duelo.

No descuides la salud:
Durante el proceso de duelo se es más susceptible a sufrir problemas de salud. Es mejor no descuidar la alimentación, el descanso, el ejercicio físico y la medicación que se precise si se sigue algún tratamiento médico. No es recomendable abusar del tabaco, alcohol o tranquilizantes. Las rutinas proporcionan seguridad, de modo que seguir un horario puede ser una buena opción.

El dolor por la muerte de un hijo es normal y generalmente no necesita medicarse, escondería la realidad y prolongaría más el duelo.

Busca y acepta el apoyo del entorno:
Las personas del entorno pueden querer ayudar, aunque no sepan la manera de hacerlo. Es mejor pedirles lo que se considere necesario, sin esperar a que llegue la ayuda, pues pueden no tomar la iniciativa por temor a ser entrometidos o hacer daño al recordar la pérdida. La presencia, apoyo, y atención del entorno son beneficiosas para la elaboración sana del duelo.

La mayoría de las personas no saben cómo ayudar a alguien que ha perdido a un bebé y está atravesando un duelo. Pueden intentar hacer olvidar el dolor del/la doliente, aunque equivocadamente y con el único fin de no verle triste. Es mejor ignorar los consejos acerca de cómo uno/a se debe sentir o por cuánto tiempo.

Darse permiso para descansar, disfrutar y divertirse:
Sin forzar el propio ritmo, se tiene derecho a disfrutar. Durante el duelo, el malestar ya viene por sí solo, pero los buenos momentos hay que buscarlos y crearlos.

Pareja:
Seguramente expresamos el dolor de forma diferente y estas diferencias no significan que a uno le duela más o menos que al otro. Es recomendable mucho diálogo y escucha, aunque las conversaciones se repitan. Puede pasar que uno de los dos recupere antes el apetito sexual, debiendo respetar la evolución del otro miembro de la pareja.



Fuente: Atención profesional a la pérdida y al duelo durante la maternidad.

RECOMENDACIONES PARA AFRONTAR EL DUELO

CÍRCULO CERCANO






Evitar las frases hechas:
Sólo generan más dolor, rabia, desconcierto e indignación:



"Mejor ahora que más tarde",
"Sois jóvenes, ya tendréis más",
"Ahora tenéis que ser fuertes" o "Sois muy fuertes"
"Pensad en vuestros otros hijos",
"Es voluntad de Dios" o "Ahora está en el cielo",
"Al menos te quedaste embarazada",
"Si no tenéis hijos no se acaba el mundo",
"Pensad en la adopción"
No comparar pérdidas: "El caso de fulanita es peor porque...".
"Ha pasado un tiempo, tendrías que estar ya superándolo" o "El tiempo lo cura todo".

Si no se sabe qué decir, es mejor no decir nada.



Aunque siempre podremos decir...
"Siento mucho por lo que estáis pasando"
"No me puedo ni imaginar lo dura que debe ser esta situación"





Acompañar: A veces sólo se trata de "estar" cerca, física y emocionalmente. No es necesario decir nada si no se sabe qué decir. La sola presencia puede infundirles ánimo.

Serenar: Mantener una postura relajada y una actitud calmada. Los gestos suaves o las palabras cariñosas pueden ayudar. Lo importante es sostener la expresión de sus sentimientos y admitir como necesarias y normales las manifestaciones de ira o rabia.

Escuchar, permitir y favorecer su desahogo: La escucha es esencial para ayudarles a aliviar su pena. Animarles a expresar sus emociones y pensamientos o respetar que no deseen hacerlo. No cambiar de tema si la madre/padre doliente nombra al bebé fallecido pues les será gratificante hablar de él/ella.

Comprensión: Si no se ha pasado por la misma situación, no sería correcto decir "sé cómo te sientes" o "te entiendo". Lo mejor sería contar la historia de cada uno y que la otra persona saque sus propias conclusiones. Se haya experimentado antes o no la pérdida de un hijo, no todo el mundo reacciona igual. Una persona que ha experimentado la misma pérdida, puede ayudar mucho a otra en la misma situación, podría confortar al doliente el saber cómo se sobrepuso de su pérdida.

Ofrecerse en todo lo que se pueda:
Estar a disposición de los dolientes, no sólo en los primeros días o semanas cuando quizás hay muchos otros amigos y familiares cerca, sino semanas e incluso meses después, cuando todos han vuelto a sus vidas y actividades diarias. Prestar especial atención en fechas especiales como aniversarios, navidad, etc.

Tomar la iniciativa, si es necesario: Siempre con prudencia, tomar la iniciativa si hay cosas que hacer, pues el dolor en que están ahora sumidos los padres/madres que han perdido a su bebé, les impide tener capacidad suficiente para enfrentarse a la ejecución o decisión de ciertas cuestiones o trámites.

Ser generoso y hospitalario: Es mejor concretar fecha y hora en vez de invitar de forma general a una visita. Las madres/padres en duelo pueden negar el ofrecimiento por miedo a perder el control de sus emociones ante otras personas. En estos casos, no dejar de intentarlo, pues pueden necesitar algo más de tiempo para incorporar de nuevo en sus rutinas actividades sociales. Al principio, puede que no les parezca bien disfrutar de una comida o de compañía.

Evitar dar consejos fáciles o soluciones inmediatas:
No atosigarles con consejos o demandarles que tomen decisiones más o menos inmediatas ante asuntos importantes. Todo debe solucionarse poco a poco, sin prisas en la toma de decisiones.

RECURSOS:

Grupos de ayuda mutua:

- Red el Hueco de mi vientre. Elche (Marian: 623030466)
- Julia Bernal Arroyo. Elche: www.julialbernal.arroyo.com
- Mi pequeño ángel alado. Alicante.
- Grupo de apoyo al duelo perinatal Mimdamomama.
- Alas muerte perinatal. Marina Alta y Baixa.

Información:

- Volver a vivir tras la pérdida de un hijo. Menudos corazones.
- Umamanita.
- Aprendiendo a vivir después de la muerte gestacional, muerte perinatal, infantil e infertilidad. www.miraralcieho.net

Libros:

- *La cuna vacía.* Rosa Jové, Emilio Santos Leal, M. Àngels Claramunt Armengau y Mónica Álvarez.
- *Bajo las cerezas de Saitama.* Ana Hernandezora González.
- *El camino de las lágrimas.* Jorge Bucay.
- *Morir cuando la vida empieza. Conocer y despedir al hijo al mismo tiempo.* Silvia López y M^a Teresa Pi-Sunyer.
- *La huella de Mikel.* Leire Ordax.
- *Cerca de ti. El libro que te ayuda a crear recuerdos durante el duelo perinatal.* Andrea Luque.
- *Cuando la cigüeña se pierde: guía para los padres que han sufrido la interrupción de un embarazo.* Àngels Doñate.



Fuente: Atención profesional a la pérdida y al duelo durante la maternidad.

RECOMENDACIONES PARA AFRONTAR EL DUELO

EN LOS NIÑOS





Cuentos para trabajar la tristeza y la muerte:

- Teckentrup, Britta. **El árbol de los recuerdos.**
- Ramírez, Ana Luisa. **Así es la Vida.**
- Kelsey, Elm. **Eres polvo de estrellas.**
- Herbauts, Anne. **La pequeña tristeza.**
- Helland Larsen, Elisabeth. **Soy la Muerte.**
- Sénégas, Stéphane. **Efímera.**
- Liénas, Ana. **Vacio.**
- Schissow, Peter. **¿Cómo es posible?! La historia de Elvis.**

EXPLÍCAME QUÉ HA PASADO Guía para ayudar a los adultos a hablar de la muerte y el duelo con los niños. (pdf)






Aunque resulte muy doloroso y difícil hablar de la muerte con niños/as, es mejor hacerlo lo antes posible.

Buscaremos un momento y lugar adecuado y le explicaremos lo ocurrido con palabras sencillas y sinceras, adaptando la explicación a su edad y entendimiento.

Si le decimos que el bebé ha muerto a causa de una enfermedad, es importante recalcar que era **"muy, muy, muy grave"** si no, puede pensar que puede morir de cualquier enfermedad banal.

Y si no sabemos qué ha pasado, no pasa nada por decir que nosotros también nos hacemos las mismas preguntas que ellos. Pero ante todo, decir que **no ha sido culpa suya**. En la infancia pueden creer que algo que pensaron o hicieron puede haberle causado la muerte.

Es bueno permitir en la medida de lo posible, que los más pequeños participen en los ritos funerarios. Esto puede hacerles comprender qué es la muerte e iniciar mejor el proceso del duelo. Se aconseja explicarle con antelación **qué verá, qué escuchará y el porqué de estos ritos**. Si no quiere asistir, no obligarle.

Es importante dejarle bien claro que ya no siente nada. Insistir en que la muerte no es una especie de sueño y que el cuerpo no se despertará.

Evitar frases como "No llores", "No estés triste", "Tienes que ser valiente"... pueden cortar la libre expresión de emociones e impedir que se desahogue.

Tener en cuenta que su manera de expresar sufrimiento, no es como en los adultos. Es más frecuente apreciar cambios en el carácter, de humor, disminución de rendimiento escolar, alteración de la alimentación y sueño...

Es importante que las figuras de apego del niño puedan mantenerse emocional y físicamente cerca. Es bueno decirles que aunque estamos muy tristes por lo ocurrido, vamos a seguir ocupándonos de él/ella, lo mejor posible.

Con frecuencia, lo que más ayuda a los niños y niñas frente a las pérdidas, es reencontrar en ritmo cotidiano de sus actividades. No es buen momento para cambiar de colegio o para imponerle nuevas exigencias.

Asegurarles también que se seguirá queriendo al bebé fallecido y que nunca le olvidaremos.

Habrà que atender a la aparición de signos de alerta ante los cuales sería recomendable buscar ayuda profesional:

- Llorar en exceso durante periodos prolongados.
- Rabietas frecuentes y prolongadas.
- Apatía e insensibilidad.
- Durante un periodo prolongado, pierde el interés por las actividades que solían gustarle.
- Pérdida de apetito y de peso.
- Frecuentes pesadillas y trastornos del sueño.
- Miedo a quedarse solo/a.
- Frecuentes dolores de cabeza, solos o acompañados de otras dolencias.
- Cambios en el rendimiento escolar.



Algunas respuestas habituales en niños/as de 2 a 5 años:

Es posible que pregunten reiteradamente: "¿Dónde está el bebé?" Desean saber cuándo va a volver. Recuperan acciones o actitudes de etapas ya pasadas. Puede parecer no importarles en absoluto. Irritabilidad, juegos ruidosos, pesadillas... Pueden creer que la muerte es "contagiosa". Es normal que el bebé fallecido se convierta durante algún tiempo en su amigo imaginario. Al cabo de semanas o meses, preguntan cuándo volverá el bebé o lo buscan por casa.

Toman a sus progenitores como referentes: no hay ningún problema en mostrar los propios sentimientos delante del niño/a, salvo expresiones violentas de rabia o dolor extremo.

Algunas respuestas habituales en niños/as de 6 a 9 años:

Saben que la muerte es algo permanente y real pero aun así es muy común que nieguen lo ocurrido. Pueden mostrarse muy agresivos en su negación. Necesitan oportunidades para llorar la pérdida y es posible que también permiso para hacerlo. Pueden insistir en que su hermano/a "era la persona más lista/ perfecta del mundo". La culpabilidad es una respuesta normal, sobre todo si no pueden expresar la tristeza que sienten. Comentarios como: "Vas a matarme de un disgusto" pueden hacer creer al niño que su mala conducta ha contribuido a la muerte del bebé.

Fuente: Atención profesional a la pérdida y al duelo durante la maternidad.

Anexo 8: Declaración y parte de criaturas abortivas. Se realiza en casos de muerte intraútero >0 = 26 SG. Última actualización: Firman dos médicos + Nombre y Apellidos + Nº Colegiado.

Serie C N.º 000147 /16
Série C Núm.

Declaración y parte de alumbramiento de criaturas abortivas
Declaració i comunicat de deslliurament de criatures avortives

Datos del feto:
Dades del fetus:

Día en que se produjo el alumbramiento _____, mes _____, año _____
Día en que se produjo el deslliurament _____, mes _____, any _____
Hora del alumbramiento _____ Lugar del alumbramiento _____
Hora del deslliurament _____ Lloc del deslliurament _____
y de su muerte _____ i de la mort _____

¿Murió antes del parto? _____ ¿En el parto? _____ ¿Después? _____
Mort abans del part? _____ En el part? _____ Després? _____
En este último caso dígame fecha y hora de la muerte _____
En aquest últim cas s'ha de consignar la data i hora de la mort _____

Tiempo aproximado de vida fetal _____
Temps aproximat de vida fetal _____

Sexo _____
Sexe _____

Datos de la madre:
Dades de la mare:

Apellidos _____
Cognoms/linatges _____
Nombre _____
Nom _____
Edad _____ Hija de _____ y de _____
Edat _____ Filla d _____ i d _____
Domicilio _____
Domicili _____
Los anteriores datos se conocen _____
Les dades anteriors es coneixen _____ DNI _____

Datos del declarante:
Dades del declarant:

Apellidos _____
Cognoms/linatges _____
Nombre _____ Hijo de _____ y de _____
Nom _____ Filla d _____ i d _____
Estado _____ Profesión _____
Estat _____ Profesió _____
Natural de _____ Con domicilio en _____
Natural d _____ Amb domicili a _____
DNI _____ Relación con la madre _____
DNI _____ Relació amb la mare _____

En _____ a _____ de _____ de _____
d _____ d _____

(Firmas del declarante y del facultativo que asistió a la madre. En la ausencia de éste póngase nombre y apellidos y número de colegiación.)
(Firmes del declarant i del facultatiu que assistí a la mare. A l'absència d'aquest s'han de fer constar nom i cognoms i número de colegiació.)

FIRMA DEL DECLARANTE _____
NOMBRE DEL MÉDICO
Nº COLEGIADO
FIRMA _____

El Encargado del Registro Civil de _____
L'encarregat del Registre Civil d _____
a la vista de la declaración y del parte recibido, acuerda levantar la presente acta, expedir licencia d'inhumación
i-archivar esta documentación en el legajo de abortos, al que se incorpora con el número _____
i-archivar aquesta documentació en el lligall d'avortaments, al qual resta incorporat amb el número _____

En _____ a _____ de _____ de _____
d _____ d _____

(Firma del Encargado)
(Firma de l'encarregat)

Anexo 9: Boletín Estadísticos del Parto. Se rellena en una muerte perinatal de > o = 22 SG, o si nace vivo y muere. Atención: Apartado 4: HIJO DE... NOMBRE COMPLETO DE LA MADRE. Página 7: Firma del médico y nº colegiado: firman DOS médicos.

IN e Instituto Nacional de Estadística
Estadística del Movimiento Natural de la Población
Estadística del Movement Natural de la Població
Boletín Estadístico de Parto
Butlletí Estadístic del Part

NÚMERO DE CUESTIONARIO:
 5694099

Los datos recogidos en el Cuestionario para la declaración de nacimiento del Registro Civil que también figuran en este boletín, serán transmitidos a los Ayuntamientos para dar de alta al recién nacido en el Padrón Municipal de Habitantes (artículo 14 del Reglamento de Población y Demarcación Territorial de las Entidades Locales).

Los datos de los apartados siguientes serán consignados por los padres, parientes o personas obligadas por la ley a declarar el parto o, en su defecto, por el Encargado del Registro Civil.

En las preguntas con varias opciones, señale con una X la respuesta. Si se equivoca, táchela completamente y marque la opción correcta.

En las preguntas con diversas opciones, señale con una X la respuesta. Si se equivoca, radíe la completamente y marque la opción correcta.

Escriba con letras MAYÚSCULAS, usando una casilla para cada letra: **M A R I A B E A T R I Z**

Escriba con letras MAYÚSCULAS, usando una casilla para cada letra: **M A R I A B E A T R I Z**

1. Datos del parto / Dades del part

1. ¿En qué fecha tuvo lugar el parto? Día Mes Año

2. ¿En qué provincia ocurrió el parto? En qué municipio ocurrió el parto?

3. ¿En qué lugar ocurrió el parto? Centro sanitario, Domicilio particular, Otro lugar.

4. ¿El parto fue normal o con complicaciones? Normal, Con complicaciones.

5. ¿El parto fue mediante cesárea? Sí, No.

6. ¿Cuántas semanas duró el embarazo? 37 semanas o más (a término), Menos de 37 semanas (prematurado).

7. ¿Cuántos niños/los nacieron en este parto? Indique, con tantos números van nacidos.

8. ¿El parto fue asistido por personal sanitario? Sí, No.

9. ¿El parto fue asistido por personal sanitario? Sí, No.

10. ¿Se practicó autopsia? Sí, No.

11. Si nació muerto, indique: Murió antes del parto, Murió durante el trabajo del parto.

12. Si el niño nació muerto o falleció antes de las 24 horas de vida, ¿cuál fue la causa? Enfermedad o afección principal del feto o recién nacido.

13. Enfermedad o afección principal de la madre que afectó al feto o al recién nacido.

14. ¿Se practicó autopsia? Sí, No.

15. Si nació muerto, indique: Murió antes del parto, Murió durante el trabajo del parto.

16. Si el niño nació muerto o falleció antes de las 24 horas de vida, ¿cuál fue la causa? Enfermedad o afección principal del feto o recién nacido.

17. Enfermedad o afección principal de la madre que afectó al feto o al recién nacido.

18. ¿Se practicó autopsia? Sí, No.

19. Si nació muerto, indique: Murió antes del parto, Murió durante el trabajo del parto.

4. Datos del nacimiento o del aborto (se rellena un apartado por cada nacido vivo o muerto)

Datos del primer nacido en este parto

41. Nombre: **H I J O D E ...**

42. Primer apellido: **M A R I A**

43. Segundo apellido: **B E A T R I Z**

44. ¿Cuál es la nacionalidad del primer nacido? Española, Extranjera.

45. Sexo: Varón, Mujer.

46. Peso en gramos: **3500**

47. Vivió más de 24 horas: Sí, No.

48. Nació: Vivo, Muerto.

A CUMPLIMENTAR POR PERSONAL SANITARIO/A OMPILIR PEL PERSONAL SANITARI

12. Si el niño nació muerto o falleció antes de las 24 horas de vida, ¿cuál fue la causa? Enfermedad o afección principal del feto o recién nacido.

13. Enfermedad o afección principal de la madre que afectó al feto o al recién nacido.

14. ¿Se practicó autopsia? Sí, No.

15. Si nació muerto, indique: Murió antes del parto, Murió durante el trabajo del parto.

16. Si el niño nació muerto o falleció antes de las 24 horas de vida, ¿cuál fue la causa? Enfermedad o afección principal del feto o recién nacido.

17. Enfermedad o afección principal de la madre que afectó al feto o al recién nacido.

18. ¿Se practicó autopsia? Sí, No.

19. Si nació muerto, indique: Murió antes del parto, Murió durante el trabajo del parto.

Anexo 10: Certificado de defunción.

Se rellena si el bebé nace vivo y fallece. En este caso hay que rellenar también el certificado de nacimiento.

Para unir al correspondiente boletín estadístico de defunción
Per a unir al corresponent butlletí estadístic de defunció

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA

Juzgado de Instrucción nº _____
Juzgado d'Instrucció núm. _____

Sumario nº / Sumari núm. _____
Diligencias nº / Diligències núm. _____
(Cite la referencia / Cite la referència)

Nombre y apellidos / Nom i cognoms _____
natural del natural / _____ hijo del fili d' _____
y de / i de _____ domiciliado en la domicilio a _____
a las / a les _____ horas / hores, del día del dia _____ del d' _____
a consecuencia de / a conseqüència de _____

según dictamen facultativo / segons dictamen facultatiu: _____ del d' _____ de 199 de 199
Clase de lesión producida / Classe de lesió produïda _____ (Estado del Juzgado / Estat del Juzgat)

Motivo supuesto: (Indíquese con una X los cuadrados que procedan)
Motiu suposat: (Indiqueu amb una X els quadrats que pertorquen)

<input type="checkbox"/> Homicidio / Homicidi:	<input type="checkbox"/> Accidente de tráfico / Accident de trànsit:	<input type="checkbox"/> Accidente doméstico / Accident domèstic:
<input type="checkbox"/> Arma blanca / Arma blanca	<input type="checkbox"/> Colisión entre / Col·lisió entre:	<input type="checkbox"/> Ocurrido en el seno del hogar / Ocurregut al si de la llar
<input type="checkbox"/> Arma de fuego y explosivos / Arma de foc i explosius	<input type="checkbox"/> Vehículo de motor / Vehícle de motor	<input type="checkbox"/> Envolvemento / Envolvement
<input type="checkbox"/> Otros medios / Otros mitjans	<input type="checkbox"/> Vehículo de motor y otro tipo de vehículo / Vehícle de motor i altre tipus de vehicle	<input type="checkbox"/> Caída / Caiguda
<input type="checkbox"/> No especificado / No especificat	<input type="checkbox"/> Vehículo de motor y peatón / Vehícle de motor i vianant	<input type="checkbox"/> Accidente causado por fuego / Accident causat per foc
<input type="checkbox"/> Suicidio / Suïcid:	<input type="checkbox"/> Pérdida de gobierno sobre vehículo de motor, sin colisión en carretera / Pèrdua de govern sobre vehicle de motor, sense col·lisió en carretera	<input type="checkbox"/> Otros / Altres
<input type="checkbox"/> Ahorcadura / Penjament	<input type="checkbox"/> Otras circunstancias / Altres circumstàncies	<input type="checkbox"/> No especificado / No especificat
<input type="checkbox"/> Precipitación desde / Precipitació des de:	<input type="checkbox"/> Falso / Mort:	<input type="checkbox"/> Accidente de ocio / Accident de oci:
<input type="checkbox"/> Edificio / Edifici	<input type="checkbox"/> Conductor de vehículo de motor / Conductor de vehicle de motor	<input type="checkbox"/> Ocurrido en práctica deportiva / Ocurregut en pràctica esportiva
<input type="checkbox"/> Otra estructura / Otra estructura	<input type="checkbox"/> Pasajero de vehículo de motor / Passatger de vehicle de motor	<input type="checkbox"/> Otro accidente a supuesto / Altres accidents a suposat
<input type="checkbox"/> Lugar natural / Lloc natural	<input type="checkbox"/> Conductor de motocicleta / Conductor de motocicleta	
<input type="checkbox"/> Sin especificar / Sense especificar	<input type="checkbox"/> Pasajero de motocicleta / Passatger de motocicleta	
<input type="checkbox"/> Otros medios / Altres mitjans	<input type="checkbox"/> Ciclista / Ciclista	
<input type="checkbox"/> No especificado / No especificat	<input type="checkbox"/> Peatón / Vianant	
	<input type="checkbox"/> Otra condición / Una altra condició	
	<input type="checkbox"/> No especificado / No especificat	

Describe el hecho o violencia: (Describe: choque de trenes, hundimiento de una embarcación, accidente aéreo, etc.)
Describeu el fet o violència: (Describeu: xoc de trens, enfonsament d'una embarcació, accident aeri, etc.)

Mod. MNP 53-VAL

Anexo 11: Autorización/Petición de Estudio postmortem < 26 SG. Añadir a mano: "resultados consulta 208" y si sabemos si la familia va a contactar con funeraria.

GENERALITAT VALENCIANA
CONSSELLERIA DE SANITAT
Hospital General Universitari d'Elx

Huertos y Molino
Teléfono 95 657
Fax 95 657
03202-E

AUTORIZACION DE ESTUDIO POSTMORTEM

DDDa _____ en calidad de _____,*
Autoriza al Servicio de Anatomía Patológica de este Hospital el estudio postmortem de
BE BE fallecido en este Hospital, día _____ de _____ del año _____.
Limitaciones: _____**

En Elche, a _____ de _____ del año _____.

Fdo: _____

* Orden de preferencia: Padres o tutores, esposos, familiares.
** No hay, parcial de _____

DATOS DEL FALLECIDO:
Servicio del que procede: _____
Nº de Historia Clínica: _____
Para análisis y exámenes:
Nombre y apellidos: _____
Edad: _____ Hora: _____
Fecha de fallecimiento: _____
Fecha de ingreso en el Hospital: _____
Para lactante:
Nombre de la madre: _____ Sexo: _____
Nombre del niño (si estuviera inscrito en Reg.Civil): _____
Fecha de nacimiento: _____ Hora: _____
Peso al nacer: _____ Modalidad de parto: _____
Fecha de fallecimiento: _____ Hora: _____
Fecha de ingreso en el Hospital: _____

Diagnóstico clínico provisional: _____
Causa inmediata de la muerte: _____
Resumen de evolución clínica: _____

Firma: _____
Dr: _____

Est por chc

ospital General. Fuera copia de estos textos y / d Elche Hospital Gener.

rcial Jere-

Anexo 12: Autorización de Autopsia > 26 SG.

<p>GENERALITAT VALENCIANA CONSELLERIA DE SANITAT HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARI D'ELX</p> <p>SERVEI/SECCIO: _____ SERVEI/SECCIO: _____ UBICACIO: _____ UBICACIO: _____</p> <p>CONSULTA EXTERNA <input type="checkbox"/> CENTRE D'ESPECIALTATS <input type="checkbox"/> CENTRE D'ESPECIALTATS <input type="checkbox"/> FULL NAMA <input type="checkbox"/> FULL NAMA <input type="checkbox"/> FOLIA NAMA <input type="checkbox"/></p>	<p>PRIMER COGNOM: _____ PRIMER APELLIDO: _____ SEGON COGNOM: _____ SEGON APELLIDO: _____ NOM: _____ NOM: _____</p> <p>DATA DE NAIXEMENT: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ SEXE: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/></p> <p>C.I.F. _____ NUM. D'HISTORIA CLINICA: _____ NUM. DE HISTORIA CLINICA: _____</p>
FULL D'AUTORITZACIÓ D'AUTÒSIA / HOJA DE AUTORIZACIÓN DE AUTOPSIA	
<p>Nom: _____ D.N.I.: _____ Nombre: _____ D.N.I.: _____</p> <p>com a _____ i representant legal en qualitat de _____ y como representante legal</p> <p>d' _____</p> <p>morta el dia _____ de _____ de 199 _____ falleció el día _____ de _____ de 199 _____</p> <p style="font-size: small;">Donec el meu consentiment a l'equip mèdic d'aquest hospital perquè es realitzi l'examen del cadàver en l'extensió necessària per a analitzar les causes directes de la mort. Doyo mi consentimiento al equipo médico de este hospital para que se realice el examen del cadáver en la extensión necesaria para analizar las causas directas de la muerte.</p> <p>OBSERVACIONS / OBSERVACIONES: _____</p> <p>_____ de 199 _____</p> <p>NOM DEL METGE SOL·LICITANT: _____ SIGNATURA: _____ NOMBRE DEL MEDICO SOLICITANTE: _____ FIRMA: _____</p>	

Anexo 13: Petición de estudio postmortem (Autopsia) > 26 SG.

Añadir a mano: "resultados consulta 208" y si sabemos si la familia va a contactar con funeraria.

<p>GENERALITAT VALENCIANA CONSELLERIA DE SANITAT Hospital General Universitari d'Elx</p> <p>SERVEI/SECCIO: _____ SERVEI/SECCIO: _____ UBICACIO: _____ UBICACIO: _____</p> <p>CONSULTA EXTERNA <input type="checkbox"/> CENTRE D'ESPECIALTATS <input type="checkbox"/> CENTRE D'ESPECIALTATS <input type="checkbox"/> FULL NAMA <input type="checkbox"/> FULL NAMA <input type="checkbox"/> FOLIA NAMA <input type="checkbox"/></p>	<p>PRIMER COGNOM: _____ PRIMER APELLIDO: _____ SEGON COGNOM: _____ SEGON APELLIDO: _____ NOM: _____ NOM: _____</p> <p>DATA DE NAIXEMENT: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ SEXE: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/></p> <p>C.I.F. _____ NUM. D'HISTORIA CLINICA: _____ NUM. DE HISTORIA CLINICA: _____</p>
FULL DE PETICIÓ D'ESTUDI POST MORTEM / HOJA DE PETICIÓN DE ESTUDIO POST MORTEM	
<p>RESUM DE LA HISTÒRIA CLÍNICA / RESUMEN DE LA HISTORIA CLINICA: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>TACAMENTS O TÈCNiques MÈDICO-CIÈNTIFIQUES QUE PODRIEN HAVER INFLUÏT EN EL DIFECUL TRATAMIENTOS O TÉCNICAS MÉDICO-CIENTÍFICAS QUE PUDIERAN HABER INFLUIDO EN LA DIFECUL: _____</p> <p>_____</p> <p>DIAGNÒSTICS CLÍNICS / DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS: _____</p> <p>_____</p> <p>POSSIBLE CAUSA DE MORTE / POSIBLE CAUSA DE MUERTE: _____</p> <p>_____</p> <p>RECCES ESPECIALS (Dada, Vela, Hepar, etc.) / RECCES ESPECIALES (Dado, Vela, Hepar, etc.): _____</p> <p>_____</p> <p>DATA: _____ NOM DEL METGE SOL·LICITANT: _____ SIGNATURA: _____ FECHA: _____ NOMBRE DEL MEDICO SOLICITANTE: _____ FIRMA: _____</p> <p style="text-align: right;">0.2.1</p>	

Anexo 14: Autorización de retirada del difunto. A partir de los 26 SG, para que el HOSPITAL se pueda hacer cargo del cuerpo. Lo rellena el celador.

GENERALITAT VALENCIANA ELX DEPARTAMENT DE SALUT

HOJA DE AUTORIZACIÓN DE RETIRADA DEL/LA DIFUNTO/IA

D / Día _____ en calidad de _____ del/la difunto/a _____ e, informado/a de todas las opciones, autorizo al Hospital General Universitario de Elche a entregar el/la difunto/a a los Servicios Funerarios _____ para su retirada y traslado correspondiente.

Elche a ____ de _____ de 20__

Fdo: _____

Cumplimentar por ET	
Gestión del Entus: (H/F)	
Destino	
Fecha/hora	
Observaciones y/o incidencias	

Este documento es propiedad intelectual del Departamento de Salud Elche Hospital General. Fuera de este ámbito, queda prohibida la manipulación o reproducción total o parcial por cualquier medio salvo autorización escrita de la organización. Cualquier copia de estos textos y/o imágenes, o de parte de los mismos, deberá incluir la advertencia de derechos reservados y el reconocimiento de la autoría por el Departamento de Salud Elche Hospital General.

Anexo 15: Consentimiento de retirada de restos humanos. Se realiza para que la funeraria se lleve el cuerpo, INDEPENDIENTEMENTE de las semanas.

GENERALITAT VALENCIANA ELX DEPARTAMENT DE SALUT

CONSENTIMIENTO PARA LA RETIRADA DE RESTOS HUMANOS

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

1. ¿Qué es?

Restos Humanos son partes del cuerpo humano de entidad suficiente procedentes de abortos, mutilaciones, operaciones quirúrgicas o autopsias, disección o trabajos científicos.

El destino final de estos restos es el mismo que el determinado para el resto de cadáveres, es decir:

- Enterramiento en cementerio o lugar autorizado.
- Incineración o cremación

2. Propósito

Determinar el destino final de estos restos conforme a la normativa vigente (Decreto 39/2005, de 25 de febrero Reglamento por el que se regulan las prácticas de policía sanitaria mortuoria en el ámbito de la Comunidad Valenciana). En el ámbito hospitalario existen dos opciones: 1) Autorizar al Departamento de Salud Elche Hospital General a su retirada y tratamiento conforme a la normativa vigente, o 2) que el usuario o su representante legal a la retire los restos humanos solicitados, conforme a la normativa vigente.

Esta autorización puede revocarla o cambiarla en cualquier momento del proceso y hasta 10 días después de la entrada del resto en cámaras frigoríficas.

GENERALITAT VALENCIANA ELX DEPARTAMENT DE SALUT

CONSENTIMIENTO PARA LA RETIRADA DE RESTOS HUMANOS

DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

DATOS PACIENTE

APELLIDOS _____ NOMBRE _____ SEXO _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

Nº GP _____ DOMICILIO/CALLE/PLAZA, NUMERO Y PUERTO _____ CP _____

LUGARIDAD _____ PROVINCIA _____ TELÉFONO _____ CORREO ELECTRÓNICO _____

DATOS REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS _____ NOMBRE _____ FECHA NACIMIENTO _____ EDAD CALIFICACIÓN _____

DATOS PROFESIONAL

APELLIDOS _____ NOMBRE _____ CATEGORÍA PROFESIONAL _____ NÚM. Colección _____

DECLARO que:

- Se me ha explicado la información respecto a la retirada de los restos humanos
- He comprendido la información recibida
- He podido formular todas las preguntas que he creído oportunas

Solicita la retirada de los restos humanos para llevar a cabo el tratamiento de los mismos en base a la normativa vigente

Autoriza al Departamento de Salud Elche Hospital General al manejo y tratamiento de los restos humanos conforme a la misma normativa vigente

Paciente / su representante. _____ Profesional sanitario/a _____

Firma: _____ Firma: _____

REVOCACIÓN

Revoco la autorización dada al Departamento de Salud Elche Hospital General para el manejo y Tratamiento de los restos humanos conforme a la normativa vigente y solicito la retirada de los mismos para llevar a cabo el tratamiento de los mismos según normativa vigente

Revoco la solicitud de retirada de los restos humanos para llevar a cabo el tratamiento de los mismos y autorizo al Departamento Elche-Hospital general al manejo y tratamiento de los mismos según la normativa vigente

Paciente / su representante. _____ Profesional sanitario/a _____

Firma: _____ Firma: _____

Anexo 16: Certificado médico. Se realiza cuando la familia quiere disponer del cuerpo < 26 SG.

OMC ORGANIZACIÓN MEDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MEDICOS

Derechos autorizados:
3,63 EUROS
I.V.A. INCLUIDO

Clase 1.^a
Ordinaria
Serie K
Nº 10 731823

CERTIFICADO MEDICO OFICIAL

Colegio de _____

D. _____
en Medicina y Cirugía, colegiado en _____, con
el número _____ y con ejercicio profesional en _____

CERTIFICO: Que _____

EL EMBRIÓN DE X y X CM
de NOMBRE DE LA MADRE
+ DNI, SUFRIÓ UN ABORTO
CON SOSPECHA DE _____
EN EL HGUE EL PASADO
Fecha

FIRMA Y FECHA.
MÉDICO

Y para que así conste donde convenga, y a instancia de _____
expido el presente Certificado en _____
a _____ de _____ de dos mil _____

NOTA - Ningún Certificado Médico será válido si no va extendido en este impreso, editado por el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España, debiendo, además, llevar estampado el sello del Colegio Médico provincial en que este Certificado sea extendido.

Anexo 17: Tríptico Manejo de la lactancia tras la muerte de tu hijo, de la asociación española del banco de leche humana.

¿Qué puedo hacer con mi leche?

La donación de leche a través de un Banco de Leche permite alimentar con leche materna a aquellos bebés prematuros o enfermos que no disponen de leche de su propia madre.

Las mujeres cuyo hijo ha fallecido y donan su leche refieren que les alivia y reconforta saber que de esta forma pueden contribuir al bienestar de otros recién nacidos.

Si dispones de leche extraída previamente, o si deseas realizar extracciones de leche para donar, consulta con tu Banco de leche más cercano (www.aebhl.org), donde se te informará cómo realizar la donación.

"Me reconforta profundamente pensar que muchos bebés, han recibido una ayuda fundamental (y también una parte de amor) para su recuperación, y que mi niño, allá donde esté, tiene unos hermanos de leche que podrán vivir una vida maravillosa..." (testimonio de madre donante).

Si para ti tiene sentido donar tu leche, estamos aquí para apoyarte

Asociación Española de Bancos de Leche Humana
www.aebhl.org
91.3908811-91.3908198
a.e.bancoslechehumana@gmail.com

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE BANCOS DE LECHE HUMANA

Manejo de la Lactancia

Tras la muerte de tu hijo

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE BANCOS DE LECHE HUMANA

¿Por qué mis pechos tienen leche si mi hijo/a ya no la necesita?

De forma natural tras la expulsión de la placenta se producen cambios hormonales que estimulan la producción de leche materna.

Este fenómeno tiene lugar aunque el bebé fallezca durante la gestación o el parto. La producción de leche será mayor a los 3-5 días tras el parto, siendo común notar molestias por ingurgitación del pecho (tensión o calor del mismo, goteo de leche, sensación de fiebre o malestar).

Si amamantabas a tu hijo/a o te extraías leche de forma regular antes de su fallecimiento, continuarás produciendo leche y al interrumpir de forma brusca su vaciado tus pechos se ingurgitarán.

¿Qué puedo hacer al respecto?

Si realizas extracciones frecuentes de leche tus pechos mantendrán la producción de leche y aliviarás las molestias iniciales.

Si no realizas ninguna extracción, o reduces su frecuencia de forma progresiva, tus pechos dejarán de producir leche. Este proceso puede llevar varios días.

Quiero extraer mi leche

Para algunas mujeres el acto de extraer su leche es una forma de mantener una conexión con su hijo y encuentran en ello una ayuda para afrontar el proceso de duelo tras su muerte.

Puedes realizar la extracción de leche de forma manual o con un extractor. Si deseas iniciar la lactancia, te ayudarán la estimulación precoz tras el parto o cesárea y la constancia con las extracciones, 8 veces o más al día.

Para mantener la lactancia una vez establecida, te ayudará realizar extracciones frecuentes y vaciar el pecho por completo en cada extracción.

La leche extraída puede además ser donada a un Banco de Leche si así lo deseas y hasta cuando tú quieras.

Donar tu leche puede ayudar a un bebé que lo necesita.

No quiero extraer mi leche

Si no realizas ninguna extracción, tus pechos dejarán de producir leche.

Si la lactancia estaba establecida, no es conveniente la interrupción brusca del vaciado del pecho. Es preferible una disminución progresiva del número de extracciones y extraer sólo la cantidad de leche necesaria que te alivie.

El cese de la lactancia puede durar varios días. Puedes reforzarlo con la toma de medicación supresora de la producción de leche. Consulta con tu médico o matrona si así lo consideras.

Si tienes molestias por ingurgitación, te pueden ayudar:

Uso de un sujetador que recoja todo el pecho pero que no oprima.

Extraer una pequeña cantidad de leche, según lo necesites para aliviar la tensión. Resulta útil asociar una ducha caliente o aplicar compresas calientes, y masajear el pecho previo a la extracción para facilitar la salida de la leche.

Si persisten las molestias tras la extracción, te puede aliviar aplicar hojas de col o bolsas de gel frío alrededor del pecho, y/ o tomar antiinflamatorios.

Anexo 18: Consulta ginecológica posterior.

Muertes gestacionales del segundo/tercer trimestre:

Se citará en la consulta 208 (Unidad de Reproducción) en aprox 1-2 meses (darla con el informe de alta), para control clínico, valoración de estudios pertinentes y entrega de resultados (siguiendo el protocolo de Muerte fetal del HGUE).

- Revisión ginecológica habitual (anamnesis, exploración y ecografía ginecológica).
- Entrega de resultados de los estudios realizados durante el ingreso hospitalario:
- Serología.
 - Escrutinio Ac. irregulares.
- Anatomía Patológica de placenta.
- Cultivo microbiológico de placenta y membranas.
- Necropsia fetal.
- Estudio cromosómico fetal.
- Valorar estado físico y psicológico.
- Solicitar analítica sanguínea (realizarla mínimo a las 6 semanas postparto):
- Sobrecarga oral de glucosa (PTOG).
- Función tiroidea (TSH).
- Estudio de trombofilias (antitrombina III, RPCA, proteína S, proteína C, gen protrombina 20210, homocistena), anticoagulante lúpico, anticardiolipinas IgG e IgM, anti β 2 glicoproteína I, ANA y anti DNA.
- Valorar solicitar otras pruebas:
 - Cariotipo progenitores (se solicitará si abortos de repetición, defecto congénito actual o previo).
 - Proteinuria en orina de 24 horas (se solicitará si el diagnóstico durante el ingreso ha sido de preeclampsia, además de aportar controles de TA domiciliario).
 - Electroforesis hemoglobina (se solicitará si feto hidrópico, madre anémica o sospecha de alfa talasemia).
- Establecer causa de la muerte fetal anteparto (si se conoce).
- Asesoramiento reproductivo:
 - No recomendar nueva gestación hasta recuperación física/psicológica completa, y no tener todo el estudio completo.

- Modificar potenciales factores de riesgo de mortalidad perinatal:
 - Pérdida de peso en mujeres con obesidad.
 - Dejar hábito tabáquico /consumo de drogas.
 - Tomar de ác. fólico 4 mg/día preconcepcional en casos de malformaciones (por ejemplo defectos del tubo neural).
- El próximo embarazo será considerado de alto riesgo.
- Se tomarán medidas preventivas en futuros embarazos según la etiología si se conoce la causa. La posibilidad de recurrencia varía según la causa de la muerte, es mayor en las que hay un componente hereditario, prematuridad, insuficiencia placentaria o muertes precoces). Si no se ha podido conocer la causa, se establece un riesgo empírico de recurrencia del 3%, que se eleva a un 11% en caso de dos muertes fetales. En las siguientes gestaciones, valorar finalizar la gestación cuando llegue a término, y si es posible antes de la semana de gestación a la que se produjo la muerte fetal anterior. Consenso entre los padres y el equipo obstétrico.

Anexo 19: Escala de duelo perinatal.

ESCALA DE DUELO PERINATAL – VERSIÓN ESPAÑOLA PARA ESPAÑA

PERINATAL GRIEF SCALE - SPANISH VERSION FOR SPAIN (PGS-SV-SP)

	Puntuación				
	1	2	3	4	5
1 Echo mucho de menos a mi bebé	1	2	3	4	5
2 Es doloroso recordar la pérdida de mi bebé	1	2	3	4	5
3 Me altero cuando pienso en mi bebé	1	2	3	4	5
4 Lloro cuando pienso en mi bebé	1	2	3	4	5
5 Se me hace difícil llevarme bien con ciertas personas	1	2	3	4	5
6 He pensado en suicidarme desde que perdí a mi bebé	1	2	3	4	5
7 He decepcionado a personas desde que murió mi bebé	1	2	3	4	5
8 Me siento apartada y aislada incluso cuando estoy con mis amigos	1	2	3	4	5
9 Se me hace difícil tomar decisiones desde que murió mi bebé	1	2	3	4	5
10 Me siento feliz por el simple hecho de estar viva	1	2	3	4	5
11 Tomo pastillas para los nervios	1	2	3	4	5
12 Me siento desprotegida en un entorno hostil desde que mi bebé murió	1	2	3	4	5
13 Siento que no valgo nada desde que mi bebé murió	1	2	3	4	5
14 Me culpo por la muerte de mi bebé	1	2	3	4	5
15 Siento que es mejor no querer a nadie	1	2	3	4	5
16 Me preocupa cómo será mi futuro	1	2	3	4	5

1 = Estoy totalmente en desacuerdo / 2 = No estoy de acuerdo / 3 = Ni estoy de acuerdo/ni en desacuerdo / 4 = Estoy de acuerdo / 5 = Estoy totalmente de acuerdo

INSTRUCCIONES PARA EL PROFESIONAL

Población diana

Mujeres españolas que hayan sufrido una pérdida perinatal en los últimos 5 años.

Administración

Se trata de una escala autoadministrada para la valoración de la intensidad y repercusión del duelo secundario a una pérdida perinatal. La paciente debe indicar del 1 al 5 su grado de acuerdo con las 16 afirmaciones propuestas.

Interpretación del resultado

Se considerará la presencia de:

- *Duelo Activo*: Cuando la suma de la puntuación obtenida en los ítems del 1 al 4 sea igual o mayor a 8 puntos.
- *Posible Duelo Complicado*: Cuando la suma de la puntuación obtenida en los ítems del 5 al 16 sea igual o mayor a 42 puntos.

Además se considerará que la paciente está experimentando un duelo de elevada intensidad cuando la suma de la puntuación total de la escala sea igual o mayor a 49 puntos, considerándose que a mayor puntuación mayor intensidad del mismo.

BIBLIOGRAFÍA

- Atención profesional a la pérdida y el duelo durante la maternidad. Sistema Extremeño de Salud. Abril 2015
- Protocolo de muerte y duelo perinatal. Dr Peset.
- Protocolo: Manejo de la Pérdida Gestacional del 1er trimestre. Hospital Clinic. Hospital Sant Joan de Déu. Universitat de Barcelona
- Protocolo: pérdida gestacional de segundo trimestre y éxitus fetal. Hospital Clinic. Hospital Sant Joan de Déu. Universitat de Barcelona.
- Guía de duelo gestacional y neonatal para profesionales. Dirección general de humanización y atención al paciente. Comunidad de Madrid.
- Guía de asistencia en la muerte perinatal. Gap SEGO.2021
- Guía para la atención a la muerte perinatal y neonatal. Umamanita y El Parto es Nuestro
- Libro blanco de la anatomía patológica en España 2015.
- Paramio, J. C. (2016). Adaptación transcultural y evaluación psicométrica de la escala de duelo perinatal (Doctoral dissertation, Universidad de Cádiz).
- Guía para la atención a la muerte perinatal. TFG. Jaione Elorz López. Elena Antoñanzas Baztan.
- La muerte: Un Amanecer. Kübler-Ross
- Maternidad. Paternidad. Riesgo durante el embarazo. Riesgo durante el embarazo. Prestaciones. @administracionelectronica. 2018
- BOE. Real Decreto 295/2009, de 6 de marzo, por el que se regulan las prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social por maternidad, paternidad, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural. Pág 10, art.8.
- Villa López, B. Recomendaciones sobre cómo comunicar malas noticias. Nure Investigación, no 31.