



# ACTUACIÓN DE LA MATRONA ANTE LA MUERTE PERINATAL

---

[Protocolo Asistencial]

Marzo de 2011

# INDICE

<b>ACTUACIÓN DE LA MATRONA ANTE LA MUERTE PERINATAL</b>	<b>3</b>
<b>1.- JUSTIFICACIÓN.</b>	<b>3</b>
<b>2.- MORTALIDAD PERINATAL. ALCANCE.</b>	<b>4</b>
<b>3.- ÁMBITO DE APLICACIÓN.</b>	<b>5</b>
<b>4.- OBJETIVOS.</b>	<b>5</b>
<b>5.- PROCEDIMIENTO.</b>	<b>6</b>
5.1.- Atención en el Servicio de Urgencias	6
5.2.- Atención en el Partorio	7
5.1.- Atención en el Puerperio	10
<b>6. EVALUACIÓN. INDICADORES.</b>	<b>11</b>
<b>7. AUTORAS Y COLABORADORAS</b>	<b>12</b>
<b>8. ACTUALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO.</b>	<b>12</b>
<b>9. BIGLIOGRAFÍA. OTRAS FUENTES CONSULTADAS.</b>	<b>12</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>14</b>
<b>ANEXO I: RECOMENDACIONES</b>	<b>14</b>
<b>ANEXO II: DOCUMENTACIÓN CLÍNICA ESPECÍFICA</b>	<b>17</b>
1.- "Sistema de Identificación Madre-Hijo".	17
2.- Boletín Estadístico de Parto	17
3.-"Declaración y Parte de Alumbramiento de Criaturas Abortivas".	17
4.- Autorización de Necropsia.	17
5.- Documento de Autorización de Donación del Cadáver al Hospital.	17
6.- Tarjetas Anatomía Patológica.	17

# ACTUACIÓN DE LA MATRONA ANTE LA MUERTE PERINATAL

## 1.- JUSTIFICACIÓN.

Las situaciones de Muerte Perinatal (M.P) son difíciles de sobrellevar para las personas afectadas e implican consideraciones especiales para los profesionales que les atienden.

El término “duelo” hace referencia al conjunto de manifestaciones emocionales y comportamentales que experimenta una persona que se enfrenta ante una pérdida; La elaboración del mismo, influye de forma decisiva en la evolución de las personas afectadas por dicha pérdida.

Cada pareja vivirá el duelo, según su idiosincrasia, personalidad y entorno sociocultural. El proceso de “adaptación” al embarazo, se ve interrumpido bruscamente.

Es difícil establecer un modelo de comportamiento uniforme. En general, van a aparecer síntomas físicos temporales, que ayudan al organismo a experimentar el dolor de la pérdida (por ejemplo: presión en el pecho, necesidad de respirar profundamente, molestias gástricas, anorexia, palpitations, insomnio, pesadillas, etc....) motivados y acompañados de una intensa respuesta emocional, y de una importante problemática social.

*El abordaje terapéutico de estas situaciones, debe ser llevado a cabo por un **equipo multidisciplinar**. Todos los profesionales deben conocer las respuestas que puede experimentar la mujer, en el plano bio-psico-social, para proporcionarle una asistencia de calidad durante el **proceso obstétrico**. Esto, facilitará a los padres y otros miembros de la familia, el inicio de respuestas saludables, reducirá el sentimiento de culpa y aislamiento, y les ayudará a reconocer la identidad propia del recién nacido. Aspectos que, según la bibliografía consultada, han demostrado que el duelo se superó o se está superando correctamente.*

*Dado que el manejo de una M.P. resulta difícil, incómodo y angustioso para todos, pretendemos con el presente procedimiento, proporcionar una atención más humana y cercana ante la muerte perinatal, así como dotar de recursos a las/os profesionales para enfrentarse de forma adecuada a este hecho. No en vano, la muerte es un proceso biológico, social y cultural, rodeado de circunstancias poco favorecedoras, que se ha convertido en “objeto de cuidado” en los últimos años.*

## 2.- MORTALIDAD PERINATAL. ALCANCE.

La Organización Mundial de la Salud, define la **MUERTE FETAL** como aquella que acontece, antes de la expulsión ó extracción completa de su madre, de un producto de la concepción, con independencia de la duración del embarazo. La muerte se diagnostica por el hecho de que después de dicha separación, el feto no respira ni muestra ninguna otra evidencia de vida, tal como latido del corazón, pulsación del cordón umbilical ó movimiento apreciable de los músculos voluntarios.

- Motivos de consulta ante los que debemos sospechar de una M.P:
  1. **Ausencia o disminución de movimientos fetales.** Síntoma más frecuente.
  2. Disminución de los signos de embarazo (menos frecuente): descenso de la altura uterina, involución mamaria, pérdida de peso.....etc.
  3. Líquido amniótico de aspecto turbio y/o color rojo parduzco (si la muerte fetal se hubiese producido hace días).
- Diagnóstico de certeza: comprobar la ausencia de actividad cardiaca por **ecografía.**
- Etiología:
  - 25-40% **Origen fetal:** cromosomopatías, isoimmunización, hidrops, CIR, infecciones, gestación múltiple complicada....
  - 25-35% **Origen Placentario:** DPPNI, PP, accidente del cordón, corioamnionitis, transfusión feto-fetal, asfixia intraparto...
  - 5- 10% **Origen Materno:** ECP, Anticuerpos Antifosfolípido, Trombofilias, Diabetes Mellitus, Trastornos Hipertensivos, Sepsis, traumatismos...
  - 25-35% **Origen desconocido.**

En algunos países se entiende por **MORTALIDAD PERINATAL**, el número de muertes que se produce desde la semana 22 de gestación o neonatos con más de 500 gramos de peso, hasta la primera semana de vida, por cada 1.000 nacidos vivos y muertos.

La **Organización Mundial de la Salud** en la 10ª revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (**CIE-10**), tiene en cuenta la cronología de la gestación y distingue entre:

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

La tipificación legal, según el Código Civil español en su artículo nº. 30, considera "**CRIATURAS ABORTIVAS**", a todas las nacidas sin vida, de más de 22 semanas de gestación y/o 500 gramos de peso, y a todas aquellas que, nacidas con vida, no sobrevivieran más de 24 horas.

### **3.- ÁMBITO DE APLICACIÓN.**

*Éste Procedimiento se centra en la atención a la mujer, pareja y familia, ante situaciones de MUERTE PERINATAL ANTEPARTO. Pudiendo ser aplicado ante situaciones de MUERTE INTRAUTERINA acontecida en cualquier momento del embarazo, así como en los casos de MUERTE NEONATAL PRECOZ, en general.*

### **4.- OBJETIVOS.**

1. HUMANIZAR la asistencia prestada por el equipo obstétrico a la mujer, su pareja y familia ante situaciones de M.P.
2. FORMAR y DOTAR DE RECURSOS a los profesionales implicados en el proceso obstétrico ante una situación de M.P.
3. Crear un espacio para la REFLEXIÓN, y valorar la muerte como objeto de cuidado.
4. CONSENSUAR pautas de actuación con los/las profesionales de otras unidades.
5. Establecer un nexo de comunicación con la MATRONA de ATENCIÓN PRIMARIA en el seguimiento del duelo ante situaciones de M.P.
6. RECONOCER la importancia del papel de los/las profesionales en el desarrollo de un “duelo saludable”.
7. CONSIDERAR el uso que hacemos del lenguaje y su repercusión, a corto y largo plazo, en las personas afectadas.
8. FACILITAR al máximo a la madre y familia, la información necesaria acerca de gestiones a realizar, documentación a cumplimentar, consultas sucesivas..., a fin de no agravar los sentimientos dolorosos durante el proceso.
9. TRABAJAR considerando la importancia de la EMPATÍA en los procesos de duelo.

## 5.- PROCEDIMIENTO.

### 5.1.- Atención en el Servicio de Urgencias

1. Ante la consulta de *ausencia o disminución en la percepción de movimientos* fetales (Nivel 1 = atención inmediata), la matrona comprobará con Sonicaid la presencia o no de latido cardiaco fetal.
2. Se avisará de inmediato al Equipo Obstétrico para valorar a la paciente.
3. Tras la *confirmación ecográfica* de ausencia de latido y diagnóstico de M.P.:
  - Procurar **intimidad** a la paciente, permitir la presencia de la persona que la mujer desee, al menos inicialmente y dar la noticia en un espacio y entorno adecuado.
  - Establecer una **comunicación sincera, abierta, realista y reiterada**, si fuera necesario, de los hechos ocurridos.
  - Se debe dedicar todo el **tiempo** necesario a las preguntas que la paciente y su familia planteen.
  - Proporcionar un tiempo a solas a la paciente y su pareja, y/o familia, ya que debe asimilarse “la información”
  - Considerar **factores productores de estrés** tales como miedo, ansiedad, confusión, ira, desorientación, hostilidad etc. Igualmente comportamientos tales como: dificultades para la comunicación, choque, expresiones de pérdida, de culpa.
4. Conducta Obstétrica a seguir: elección de la **vía vaginal** (en presentación cefálica, podálica e incluso transversa reconvertida a longitudinal). Dependiendo de la edad gestacional y del Índice de Bishop, inducción con PGE2 vaginal (Propess), Oxitocina IV, Misoprostol vaginal (Citotec), Carboprost trometamina IM (Hemabate).  
Si existe compromiso materno, se realizará **cesárea**.
  - Favorecer el **acompañamiento continuo del familiar** que la mujer desee.
  - Facilitar a la paciente y su familia **información** precisa de las circunstancias de la muerte, si se diagnosticaran o conocieran.

*El establecimiento de la causa de la muerte contribuye a eliminar temores y sentimientos de culpa y proporciona un enfoque adecuado para una nueva gestación.*

- Realizar una **anamnesis** cuidadosa. Valorando la importancia de revisar la **Documentación Clínica** aportada, con el fin de no agobiar a la paciente. Solicitar la H. C., si procede. Se valorarán los informes clínicos realizados hasta el momento, así como la analítica realizada: determinaciones hematológicas, bioquímicas, serológicas (toxoplasmosis, rubéola, virus de Inmunodeficiencia Humana, virus de Hepatitis B y C, serología de anticuerpos RpR (Sífilis), serología enfermedad de Chagas a aquellas pacientes procedentes de zonas de riesgo, Grupo y Rh)

- Considerar las **posibles complicaciones maternas**, asociadas a la muerte fetal anteparto, tales como corioamnionitis y coagulopatías.
5. Disponer de los Consentimientos Informados oportunos.

6. ACTIVIDADES de la MATRONA en URGENCIAS:

- Control de **constantes vitales**: T.A, FC, Tª.
- Canalizar **vía venosa periférica**. Extracción de sangre y orina para **muestras** solicitadas ( Hemograma, Grupo y Rh, Coagulación + Dimeros D, Bioquímica, Pruebas Cruzadas).

Puede ser necesario en algunas ocasiones la realización de *Determinaciones de Laboratorio más específicas*: Serologías para toxoplasmosis, rubéola, CMV, HerpesVirus, Parvovirus B-19, listeriosis, sífilis, VIH, hepatitis B y C..., anticuerpos antifosfolípido, estudio trombofilias (factor V Leyden, Homocisteína, proteínas C y S ), Test de Kleihauer-Bethe (siempre que no sea cesárea), función tiroidea, detección de L.E.S, anticuerpos antinucleares, cariotipo de progenitores....etc.

*Es importante descartar alteraciones precoces de la coagulación y realizar pruebas seriadas durante el proceso obstétrico, según la evolución y clínica de la paciente.*

- Registrar en la **Historia Clínica** la peticiones cursadas con los nº de referencia.
- **Preparación Preoperatoria** si procede.
- Procurar ingreso de la paciente en un entorno alejado de recién nacidos y contactar con la **Unidad de Hospitalización**.

## 5.2.- Atención en el Paritorio

1. Se recomienda que la mujer “**experimente el proceso del parto**” y que sea atendida por el *mismo equipo* durante todo el proceso obstétrico.
2. El estado físico y psicológico de la paciente, el índice de Bishop y las condiciones obstétricas van a determinar la decisión médica de *inducir/conducir el parto*.
3. ACTIVIDADES de la MATRONA durante el Período de DILATACIÓN:
  - Monitorización de las contracciones uterinas con **tocógrafo**.
  - Control y registro periódico o cuando se precise de las **constantes vitales**.
  - Colaborar con el equipo de anestesia en la administración de la **Analgesia Epidural**. Conviene hacerlo de forma *precoz*, y *evitar*

*el exceso de sedación, ya que puede interferir en la elaboración del duelo.*

- Los profesionales deben *informar* a la paciente en todo momento de cómo evoluciona el proceso. Existen **aspectos ineludibles** a tratar como son, *el deseo o no de ver al recién nacido tras el parto*, y la *documentación* a rellenar por los padres y el equipo asistencial en éstos casos. El sentido común, así como el estado emocional de la paciente, su pareja y su familia, nos permitirán abordar éstos aspectos antes o después.

*Está demostrado que ver al recién nacido, mejora el duelo y ayuda a superar la pérdida. En el caso de que nadie visualice al recién nacido, debe quedar constancia por escrito en la Historia Clínica.*

- Informar a todo el personal que estará en contacto con la paciente de la situación. Actuar con RESPETO, en todo momento.
- Asegurar INTIMIDAD a la paciente y su familia.

#### 4. ACTIVIDADES de la MATRONA durante el Período EXPULSIVO:

- En los partos vaginales, evitar en la medida de lo posible la realización de **episiotomía**.
- Registrar la **hora del nacimiento y el sexo** (varón, mujer o inespecífico) en la documentación que se requiera.
- Cortar el cordón umbilical y asegurar la correcta colocación de la **pinza de cordón y la pulsera identificativa** en el pie o muñeca del RN (ambas con el mismo código y dos pegatinas, que quedarán adheridas, una en el partograma, y otra, en el documento de identificación materno-filial).
- Se recomienda hablar a los padres del **aspecto de RN** antes de mostrárselo y *animales a que le toquen o le sostengan en brazos*.

*Valorar el aspecto macroscópico del recién nacido, registrando anomalías visibles, grado de maceración, piel desprendida, trastornos de color, áreas de tumefacción, anomalías específicas, aspecto del líquido amniótico, etc....El nacimiento puede producir traumatismo con mayor facilidad, por ejemplo "acabalgamiento" óseo craneal, y causar un aspecto facial poco común, que se debe considerar.*

- Tratar al RN muerto, con la misma **sensibilidad** que si estuviese vivo, preservar su SEGURIDAD, hasta su traslado al Velatorio/ Sanidad Mortuoria.
- Conocer el **nombre** que los padres otorgarán al RN.
- Facilitar **ASISTENCIA RELIGIOSA** si se solicita. Existe también una "Sala de Duelo" a disposición de los familiares (Planta 0).
- Registrar peso, aspecto y hallazgos en la **placenta**. Introducirla en un recipiente con formol. Inspeccionar el **cordón umbilical** (longitud, presencia de nudos verdaderos u otras anomalías), **membranas ovulares y líquido amniótico**. Dejar constancia de

ello en la Historia Clínica o/y Tarjetas de Anatomía Patológica, documento de Autorización de Necropsia (**ANEXO I**).

- El **peso** del RN, debe valorarse en la 1ª hora de vida, para evitar la pérdida ponderal postnatal.
- Si fuera posible, tomar **huellas del RN** y ofrecérselas a los padres cómo recuerdo si lo desearan.

*Los recuerdos tangibles, constituyen la fuente más importante de consuelo para los padres a medida que pasa el tiempo.*

- Mantener al RN con los padres hasta su traslado al velatorio, si se considera oportuno.

*Facilitar la expresión de sentimientos asociados a la pérdida*  
**(ANEXO II).**

*Los profesionales podemos a través de simples gestos, propiciar un clima más humano a la paciente, su pareja y su familia.*

- Ofrecer si se necesita, **atención psicológica especializada**.
- Valorar cómo abordar lo ocurrido ante otros hijos de la pareja.
- En ocasiones puede ser necesario que la documentación requerida sea cumplimentada “por orden” de otros familiares, tutor o representante legal de la paciente.
- **Registrar** todos los procedimientos realizados en la Historia Clínica.

#### 5. ACTIVIDADES DE LA MATRONA en el POSPARTO INMEDIATO:

- **Cuidados habituales** del Puerperio Inmediato. VIGILANCIA POTENCIAL DEL ATONÍA UTERINA.
- Asegurar la correcta cumplimentación de la **documentación** requerida por parte de la paciente y del equipo obstétrico.
- Contactar con **Velatorios** (78232) para el traslado del cadáver.
- Si el proceso finalizara mediante Cesárea: la matrona se encargará de los cuidados del RN muerto, de mostrárselo a la madre y/o pareja / familia y de “custodiarlo” hasta su traslado al velatorio.

La placenta será introducida en formol por el personal de quirófano y se trasladará al paritorio, desde donde será remitida a Anatomía Patológica, junto con las tarjetas y la documentación cumplimentada por los facultativos.

## 5.1.- Atención en el Puerperio

1. Procurar asignar a la paciente una **habitación individual**, alejada de la hospitalización puerperal y de la proximidad de recién nacidos. Lo habitual, en el *Servicio de Ginecología*.
2. **Inhibición Precoz de Lactancia Materna.**
3. Administración de **Gammaglobulina Anti Rh**, si precisara.
4. Ofrecer **Educación Sanitaria** sobre el *auto cuidado de la madre en el puerperio*.
5. Identificación de **factores de riesgo** que retrasan la resolución del duelo y/o que favorecen la presencia de un **duelo patológico**. Por Ej.: fallecimientos previos, pérdidas no superadas, falta de pareja y/ soporte familiar, sensación de culpa y de fallo en el papel reproductivo o en la feminidad.

*El duelo en los casos de M.P. es similar al que acontece cuando se produce la muerte de un familiar cercano, con la particularidad de que los padres apenas conservan recuerdos del recién nacido, sólo expectativas.*

*Insistir en el hecho de que no hay un límite de tiempo para la resolución del duelo, y que aunque el dolor no siempre permanece tan intenso, la experiencia puede cambiar la vida de los padres para siempre.*

*Informar a los padres de las reacciones que puedan manifestar otras personas respecto a lo ocurrido (oirán frases, comentarios, reacciones de evitación y/o distanciamiento...etc) que no ayudan a superar la situación. O incluso, gente que no sabrá como expresar su sentimientos o manifestarles su apoyo.*

*(ANEXO II)*

6. Entregar información acerca de **grupos de apoyo** en situaciones de M.P:

[www.umamanita.es](http://www.umamanita.es)

[www.amad.es](http://www.amad.es) (Asociación de Mutua Ayuda ante el Duelo, Madrid, tef. 913000690/ 618195469/ 618198581)

7. Interconsulta a Psiquiatría, para **atención psicológica especializada**.
8. Orientar en la cumplimentación de documentos que hubiese pendientes.
9. Planificar la vuelta al domicilio y contactar con la **Matrona de Atención Primaria**.
10. Se recomienda establecer con la paciente una **visita postnatal** en consulta de obstetricia entre 6 y 8 semanas después del alta. El objetivo es identificar factores de riesgo que nos indiquen el establecimiento de un "duelo patológico" y esclarecer las causas de muerte fetal.

## 6. EVALUACIÓN. INDICADORES.

- **Indicadores de entrada:**

Nº de casos de muerte perinatal (MP) y aplicación del procedimiento

Nº de profesionales que conocen el *Proced. de Actuación ante la Situación de MP*

- **Indicadores de proceso:**

Nº de mujeres que recibieron anestesia epidural durante el proceso

Nº de mujeres a las que no se practicó episiotomía

Nº de mujeres a las que se les inhibió la lactancia precozmente

Nº de mujeres a las que se entregó recuerdos de su hijo/a

Nº de mujeres a las que se facilitó atención psicológica especializada

Nº de mujeres a las que se asignó una habitación individual en la planta de Ginec.

Nº de MP en las que se contactó con la matrona de Atención Primaria

Nº de mujeres a las que se proporcionó información sobre los grupos de apoyo

Nº de mujeres a las que se informó acerca de lectura sobre el tema

Nº de profesionales que conocen grupos de apoyo sobre MP

Nº de profesionales que conocen Web/lectura/información sobre MP

Nº de profesionales que conocen la Documentación Clínica específica en MP

- **Indicadores de resultados:**

Para desarrollar estos indicadores, se plantea la elaboración de 2 encuestas: una, dirigida a la mujer, su pareja y familia, afectados por la situación de Muerte Perinatal (a aplicar, aproximadamente, 6 meses después del suceso) y otra, dirigida a los profesionales.

## 7. AUTORAS Y COLABORADORAS

M<sup>a</sup> Paloma García Miguel. Matrona. Hospital Clínico San Carlos.  
M<sup>a</sup> José Ortiz Arduan. Matrona. Hospital Clínico San Carlos.  
M<sup>a</sup> Lorena Bautista Velasco. Matrona. H. G. U. Gregorio Marañón.  
Antonia Juan Flores. Matrona. Hospital Clínico San Carlos.  
Beatriz Martín. Matrona. H. G. U. Gregorio Marañón.  
Raquel Castro y M<sup>a</sup> Victoria Manzanal . Supervisoras del Paritorio.  
Equipo Médico de Obstetricia del Servicio del HCSC.

## 8. ACTUALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO.

El presente procedimiento fue aprobado por la Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Clínico San Carlos en junio del 2010. Ha sido revisado y modificado para poder ser utilizado en el H.G.U.G.M., puesto que la elaboración del mismo, fue realizada en conjunto por profesionales de ambos hospitales dado que temporalmente trabajaron en conjunto para las Áreas 1 y 7 de Salud.

## 9. BIGLIOGRAFÍA. OTRAS FUENTES CONSULTADAS.

- “Guía para la atención a la muerte perinatal y neonatal”. Una colaboración de las asociaciones “Umamanita” y “El Parto es Nuestro”. Con el apoyo especial de la Liga de La Leche”.
- “Reacciones de duelo”. “Informaciones psiquiátricas”- Primer trimestre 2000. Número 159.  
[http://www.revistahospitalarias.org/info\\_2000/01\\_159\\_02.htm](http://www.revistahospitalarias.org/info_2000/01_159_02.htm)
- MATTSON S. y SMITH, J. “Enfermería Maternoinfantil”. McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S. A. DE C.V. México, 2001. Sección VIII, pág. 702.
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (S.E.G.O.). “Muerte Fetal Anteparto”. Protocolo publicado/actualizado en Junio 2008.
- USANDIZAGA, DE LA FUENTE. “Tratado de Obstetricia y Ginecología”; 2<sup>a</sup>. Edición, Madrid. Mc Graw-Hill-Interamericana, 2004. Capitulo 9: "Patología fetal-Muerte fetal anteparto", pág.397-402
- RODRIGUEZ R., M<sup>a</sup>. A. y PLATA Q., R. “Guía de intervención rápida en Enfermería Obstétrica”. Difusión Avances de Enfermería (DAE S. L.). Madrid, 2004. Pág.: 138-139.
- GONZÁLEZ-MERLO, J. et alt. “Obstetricia”. 5<sup>a</sup> Edición. MASSON ELSEVIER. Barcelona, 2006. Capítulo 53, pág.: 845-853.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. Demografía y población, movimiento natural de la población.  
([http://www.ine.es/inebmenu/mnu\\_mnp.htm](http://www.ine.es/inebmenu/mnu_mnp.htm))
- ALCARAZ Q., M. et alt. “Excelencia en el Servicio de Ginecología y Obstetricia. MENSOR. MADRID, 2007.

- DICKASON, SILVERMAN, SCHULT. "Enfermería Materno Infantil". 2ª Edición. Mosby/Doyma. Madrid 1995. Capítulo 26: "Riesgos psico-sociales", pág.624-631 y Capítulo 29:"Duelo perinatal", pág.: 500. y pág.717- 722.
- CABERO ROURA, L.; CABRILLO RDGUEZ., E. el alt.. "Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción". Tomo 2. EDITORIAL MÉDICA PANAMERICANA, S. A., MADRID, 2003. (Capítulo 135: "Legislación y embarazo". Pág. 1827)
- LADEWIG, LONDON, MOBERLY, OLDS. "Enfermería maternal y del recién nacido". 5ªed.. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana; 2006; Capítulo 19:"Parto de riesgo",pág.528-531.
- Procedimiento "Cuidados post-mortem". Dirección de Enfermería, Hospital Clínico San Carlos. Mayo, 2008.
- Procedimiento "Alta por defunción". Dirección de Enfermería, Hospital Clínico San Carlos. Enero, 2009.
- "Catástrofe, víctimas y trastornos. Hacia una definición en psicología". [www.um.es/analesps](http://www.um.es/analesps).
- "Guía de actuación en el puerperio hospitalario". Dirigida al personal de enfermería. Servicio de Obstetricia, Hospital Clínico San Carlos, Madrid. "Duelo por muerte perinatal", pág. 32-35.
- Instrucción Técnica para la Gestión de Niños Fallecidos (USM-IT-05. Versión 0). Unidad de Sanidad Mortuoria. Hospital Clínico San Carlos. Mayo 2010

## ANEXOS

### ANEXO I: RECOMENDACIONES

**- Preséntate, usa tu nombre.**

Empieza por decir tu nombre y el cargo que tienes en el centro. Es una manera muy buena de acercarte a los padres o a sus familiares.

**- Escucha.**

Puedes mostrar tu pesar por la muerte. No puedes aliviarles el dolor ni quitárselo, pero puedes compartirlo y ayudarles a sentir que no están solos. Debes evitar comenzar conversaciones si no estás dispuesto a escuchar y prestar atención, mantener la mirada, ofrecer respuestas sinceras, etc. Necesitarán hablar del bebé sin represiones.

**- Dale tiempo.**

Para una persona en estado de shock es muy difícil tomar las decisiones correctas. Los padres necesitan tiempo para llegar a sus propias conclusiones. Infórmales sobre las decisiones a tomar en ese momento y déjales tiempo para decidir.

**- Habla con ellos sobre la situación actual.**

Los afectados necesitan estar informados para sentir que tienen algo de control sobre la situación. No les digas lo que deben hacer o sentir, no les juzgues.

**- Explícales sus opciones y apóyales en sus decisiones.** Aunque no estés de acuerdo con sus decisiones hay que respetarlas. Si crees que necesitan más o mejor información intenta transmitirla de manera suave.

**- Mantén la calma.**

Podrías encontrarte en situación de haberse producido un *evento adverso* en el que te encuentras comprometido/a. En estas situaciones lo mejor es, aún cuando se expresen emociones fuertes, y aunque resulte muy difícil, mantener la calma. Los padres están en una situación límite y tú también.

**- Cuida tu lenguaje corporal, tu lenguaje no verbal.**

Intenta no cruzarte de brazos. Mírales a los ojos, etc....

**- Sé comprensivo/a.**

Hay que usar el sentido común para poder tratar cada caso.

**- No intentes encontrar algo positivo a la muerte del niño/a.**

A ninguna persona le consuela e incluso hubiera querido que sobreviviera su hijo/a aunque tuviese alguna enfermedad o malformación grave.

**- Hazles sentir tu presencia, pero con discreción.**

A veces vale más algo de contacto físico que palabras, una mano en el hombro, un abrazo si lo consideras oportuno, puede llegar mil veces más lejos que “las palabras correctas”.

**- No les digas que tendrán más bebés.**

Aunque esto sea cierto, este bebé es único para ellos. En el caso de que tengan otros hijos, no sugiera que debería estar agradecido por ellos, una persona es irremplazable, independientemente del tiempo que haya existido.

**- No les digas que entiendes su dolor si no has pasado por algo similar.**

**- Aconséjales, pero nunca les obligues** Actualmente se recomienda ofrecer siempre a los padres la posibilidad de ver a su bebé fallecido y respetar al máximo el criterio de cada uno.

Habrà quien prefiera no verlo. Algunos estudios señalan que no verlo puede incrementar levemente el riesgo de estrés postraumático. Si no desean ver al bebé, también se les puede describir como es físicamente, si lo desean. Esto les puede ayudar a comprender que el bebé tiene una apariencia física normal. Siempre hay que dejarles saber que si cambian de idea solo hace falta decirlo y les traerán a su bebé.

**- Ayúdales a tomar decisiones.**

Los padres a veces no han pensado si quieren tener recuerdos o si quieren nombrar a su bebé, puedes sugerirles que tengan estas opciones.

**- Ayúdales a tener recuerdos de su bebé, si lo desean.**

Dales el brazalete identificativo del bebé y las huellas de las manos y los pies...

**- Cuida la terminología. Utiliza el nombre del bebé.**

Pregúntales por el nombre de su hijo/a y utilízalo. Es muy doloroso para los padres y familiares que se niegue la existencia de su bebé y se refiera a él como "feto".

**- Habla con ambos padres equitativamente.**

Se suele considerar que los padres no sufren, ni deben llorar o mostrar su dolor; asimismo, se suele ignorar a las madres en los trámites administrativos, por ejemplo; y ambas actitudes suponen una exclusión en los asuntos relacionados con sus bebés.

## **OTROS GESTOS**

**- Sujetar el bebé en tus brazos cuando preguntas a los padres si lo quieren ver o tener en brazos.** Así les transmites que es un bebé querido y que se le trata con cariño.

**- Ofrecer la oportunidad de disponer de momentos tranquilos a solas con su bebé,** especialmente a los padres que no tendrán otra oportunidad de establecer una vinculación afectiva con su niño. En estos momentos los padres incorporan de forma privada al niño a su unidad familiar, le dan los últimos cuidados y se despiden de él.

## **FRASES PARA USAR, FRASES PARA EVITAR**

Es aquí donde también la empatía nos puede ayudar a comprender porqué cuidar el lenguaje que empleamos con las pacientes y sus familiares, en circunstancias de duelo, es tan importante. Conviene “revisar” y reflexionar acerca de lo que “se puede y se debe decir”, así como lo que “no se puede y no se debe decir”.

### **Puedes usar:**

- “Siento lo que les ha pasado”
- “Me imagino cuánto querrían a ese bebé”
- “La verdad es que no sé muy bien que decirles”

### **Debes evitar:**

- “Sé fuerte”
- “No llores”
- “Es la voluntad de Dios”
- “Todo pasa por alguna razón, es el destino”
- “No es el fin del mundo”
- “Dios necesitaba otra flor en su jardín”
- “Ahora tienes un angelito”
- “Ahora está en un lugar mejor”
- “Al menos no llegaste a conocerle bien”
- “Eres joven, ya tendrás más”
- “Debes ser fuerte por tus hijos/ esposo/ familia, etc.”
- “El tiempo lo cura todo”
- “Ya le olvidarás”

## ANEXO II: DOCUMENTACIÓN CLÍNICA ESPECÍFICA<sup>1</sup>

### 1.- “Sistema de Identificación Madre-Hijo”.

- Contiene dos pulseras identificativas para madre e hijo/a, pinza umbilical, y dos pequeñas pegatinas que se adhieren, como es habitual, en el reverso del “Partograma” y en el “Documento de identificación sanitaria materno-filial” (Documento oficial del Servicio Madrileño de Salud).



### 2.- Boletín Estadístico de Parto.

- A efectos de registro estadístico del Movimiento Natural de la Población. Documento oficial del Instituto Nacional de Estadística.

### 3.-“Declaración y Parte de Alumbramiento de Criaturas Abortivas”.

- **Deben rellenarse 2 documentos de éste tipo**, porque lo exige Sanidad, en el caso de que la Necropsia no pueda realizarse en las primeras 24hrs.
- Este impreso oficial, de *color rosa*, se emplea pues en el caso de recién nacidos muertos y recién nacidos fallecidos en las primeras 24 horas de vida extrauterina; es el equivalente al “Cuestionario para la Declaración de nacimiento en el Registro Civil”, que cumplimentamos tras el parto, de color amarillo.
- Es fundamental que consten las **firmas del declarante y del facultativo** que asistió a la madre, su nombre y apellidos y número de colegiado.

### 4.- Autorización de Necropsia.

- Documento impreso con dos copias de papel autocopiativo, uno de cuyos ejemplares se adjunta a la Historia Clínica y otro para Anatomía Patológica.
- Debe constar por escrito “ **no existe inconveniente alguno para su incineración**”.

### 5.- Documento de Autorización de Donación del Cadáver al Hospital.

### 6.- Tarjetas Anatomía Patológica.

- Rellenar **2 para el feto y otras 2 para la placenta**.

---

<sup>1</sup> A continuación se adjuntan modelos de los documentos citados



INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA

## Estadística del Movimiento Natural de la Población

### Boletín Estadístico de Parto

#### Nacimientos y abortos



#### Datos de la inscripción (A rellenar por el Encargado del Registro Civil)

Registro Civil n.º \_\_\_\_\_

Municipio de \_\_\_\_\_

Provincia de \_\_\_\_\_

Inscripción realizada el día \_\_\_\_ del mes \_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

Libro (s) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tomo (s) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Página (s) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

En caso de aborto, incorporado al legajo de abortos el día \_\_\_\_ del mes \_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

Los datos recogidos en el Cuestionario para la declaración de nacimiento del Registro Civil que también figuren en este boletín, serán transmitidos a los Ayuntamientos para dar de alta al recién nacido en el Padrón Municipal de Habitantes (artículo 79.2 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. Señale, por favor, con una X el recuadro correspondiente. (Se ruega escribir con mayúsculas. No escriba en los espacios sombreados).

### 1. Datos del parto

Fecha del parto: día  mes  año

Municipio donde ocurrió el parto

Provincia

Nº de semanas cumplidas de gestación

Lugar del parto: Domicilio particular  1  
 Centro sanitario  2  
 Otro lugar  3

¿El parto fué asistido por personal sanitario? (médico, comadrona, A.T.S.) Si  1  
 No  2

Multiplicidad: Sencillo  1  
 Doble  2  
 Triple  3  
 Cuádruple o más  4

Maturidad: A término  1  
 Prematuro  2

Normalidad: Normal  1  
 Distócico (con complicaciones)  2

### 2. Datos de la madre

Nombre

1º Apellido

2º Apellido

D.N.I.  Fecha de nacimiento: día  mes  año

Profesión, oficio u ocupación principal\*

Nacionalidad

Residencia\*\* : Municipio o país si es en el extranjero

Provincia

Domicilio: calle/plaza/avda. etc.  nº

escalera  planta  puerta

Número de hijos que ha tenido contando este parto

¿Cuantos de ellos nacieron con vida?

El hijo anterior a este parto nacido con vida, nació el día  del mes  del año

¿Está casada? Si  1  
 No\*\*\*  2

¿Está casada en primeras nupcias? Si  1  
 No  2

Fecha del actual matrimonio día  mes  año

### 3. Datos del padre

Nombre

1º Apellido

2º Apellido

D.N.I.  Fecha de nacimiento: día  mes  año

Profesión, oficio u ocupación principal\*

Nacionalidad

Residencia\*\* : Municipio o país si es en el extranjero

Provincia

Domicilio: calle/plaza/avda. etc.  nº

escalera  planta  puerta

\* Si es jubilado/a, retirado/a o pensionista, indíquese la profesión ejercida anteriormente.  
 \*\* Si es residente en España, se indicará el municipio en el que figura empadronado/a o, de no conocerse éste, el de la última residencia. Si es residente en el extranjero, se indicará únicamente el país de residencia.  
 \*\*\* Si la respuesta a esta pregunta es NO, pasar al apartado 3 (Datos del padre).

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

##### 1. Datos del primer nacido

Nombre	<input type="text"/>
1 <sup>er</sup> Apellido	<input type="text"/>
2 <sup>o</sup> Apellido	<input type="text"/>
Sexo	Varón <input type="checkbox"/> 1 Mujer <input type="checkbox"/> 6
Nació	Vivo <input type="checkbox"/> 1 Muerto <input type="checkbox"/> 2
Vivió más de 24 horas	Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2
Peso en gramos	<input type="text"/>

Si nació muerto o vivió menos de 24 horas, indique la causa fundamental del aborto o de la muerte  
(Se ruega escribir con mayúsculas)

Causa materna o del parto

Causa del feto o del recién nacido

##### 2. Datos del segundo nacido (en caso de parto múltiple)

Nombre	<input type="text"/>
1 <sup>er</sup> Apellido	<input type="text"/>
2 <sup>o</sup> Apellido	<input type="text"/>
Sexo	Varón <input type="checkbox"/> 1 Mujer <input type="checkbox"/> 6
Nació	Vivo <input type="checkbox"/> 1 Muerto <input type="checkbox"/> 2
Vivió más de 24 horas	Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2
Peso en gramos	<input type="text"/>

Si nació muerto o vivió menos de 24 horas, indique la causa fundamental del aborto o de la muerte  
(Se ruega escribir con mayúsculas)

Causa materna o del parto

Causa del feto o del recién nacido

##### 3. Datos del tercer nacido (en caso de parto múltiple)

Nombre	<input type="text"/>
1 <sup>er</sup> Apellido	<input type="text"/>
2 <sup>o</sup> Apellido	<input type="text"/>
Sexo	Varón <input type="checkbox"/> 1 Mujer <input type="checkbox"/> 6
Nació	Vivo <input type="checkbox"/> 1 Muerto <input type="checkbox"/> 2
Vivió más de 24 horas	Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2
Peso en gramos	<input type="text"/>

Si nació muerto o vivió menos de 24 horas, indique la causa fundamental del aborto o de la muerte  
(Se ruega escribir con mayúsculas)

Causa materna o del parto

Causa del feto o del recién nacido

Sello del Registro Civil

Firma del declarante\*

Firma del médico\*\*

Médico colegiado con el n°

\* Indíquese debajo de la firma, el parentesco con los nacidos

\*\* Cuando se trate de un nacido muerto o fallecido antes de las 24 horas

NOTA: Si el número de nacidos, en el parto, es superior a tres se cumplimentará un segundo boletín con los datos de inscripción y los datos del cuarto, quinto, etc... nacido.

---

### **Naturaleza, características y finalidad**

El Movimiento Natural de la Población es el recuento de los nacimientos, matrimonios y defunciones que se producen en el territorio español en un año determinado.

### **Legislación**

Los Encargados del Registro Civil remitirán al Instituto Nacional de Estadística, a través de sus Delegaciones, los boletines de nacimientos, abortos, matrimonios, defunciones u otros hechos inscribibles (art. 20 del Reglamento de la Ley del Registro Civil).

---

### **Secreto Estadístico**

Serán objeto de protección y quedarán amparados por el **secreto estadístico** los datos personales que obtengan los servicios estadísticos, tanto directamente de los informantes como a través de fuentes administrativas (art. 13.1 de la Ley de la Función Estadística Pública de 9 de mayo de 1989 (LFEP)). Todo el personal estadístico tendrá la obligación de preservar el secreto estadístico (art. 17.1 de la LFEP).

---

### **Obligación de facilitar los datos**

La Ley 4/1990 establece la **obligación de facilitar los datos** que se soliciten para la elaboración de esta Estadística.

Los servicios estadísticos podrán solicitar datos de todas las personas físicas y jurídicas nacionales y extranjeras, residentes en España (artículo 10.1 de la LFEP).

Todas las personas físicas y jurídicas que suministren datos, tanto si su colaboración es obligatoria como voluntaria, **deben contestar de forma veraz, exacta, completa y dentro del plazo** a las preguntas ordenadas en la debida forma por parte de los servicios estadísticos (art. 10.2 de la LFEP).

**El incumplimiento** de las obligaciones establecidas en esta Ley, en relación con las estadísticas para fines estatales, **será sancionado** de acuerdo con lo dispuesto en las normas contenidas en el presente Título (art. 48.1 de la LFEP).

### Declaración y parte de alumbramiento de criaturas abortivas

**Datos del feto:**

Día en que se produjo el alumbramiento ..... , mes ..... , año .....  
Hora del alumbramiento ..... Lugar del alumbramiento .....  
..... y de su muerte .....  
¿Murió antes del parto? ..... ¿En el parto? ..... ¿Después? .....  
En este último caso dígame fecha y hora de la muerte .....  
Tiempo aproximado de vida fetal .....  
Sexo .....

**Datos de la madre:**

Apellidos .....  
Nombre .....  
Edad ..... Hija de ..... y de .....  
Domicilio .....  
Los anteriores datos se conocen .....

**Datos del declarante:**

Apellidos .....  
Nombre ..... Hijo de ..... y de .....  
Estado ..... Profesión .....  
Natural de ..... con domicilio en .....  
D.N.I. .... Relación con la madre .....

En ..... a ..... de ..... de .....  
(Firmas del declarante y del facultativo que asistió a la madre. En la antefirma de éste póngase el nombre y apellidos y número de colegialización)

El Encargado del Registro Civil de .....  
a la vista de la declaración y parte recibido, acuerda levantar la presente acta, expedir la licencia de inhumación y archivar esta documentación en el legajo de abortos, al que se incorpora con el número .....

En ..... a ..... de ..... de .....  
(Firma del Encargado)



Hospital General Universitario  
Gregorio Marañón

Comunidad de Madrid

### SERVICIO DE PARITORIO

D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, con DNI nº \_\_\_\_\_,  
en calidad de padre/madre del hijo de D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_,  
nacido el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_ a las \_\_\_\_\_ horas:

AUTORIZO LA DONACIÓN DEL CADÁVER AL HOSPITAL GENERAL  
UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN.

Fdo

Testigo

Madrid, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_



**A RELLENAR POR A. PATOLÓGICA**

N.º

CÓDIGO A. P.

FECHA  N.º CAMA  N.º QUIRÓFANO

SERVICIO  TELÉFONO

MÉDICO REMITENTE

MATERIAL REMITIDO Y LOCALIZACIÓN

JUICIO DIAGNÓSTICO

OBSERVACIONES: TÉCNICA QUIRÚRGICA

BIOPSIA PREVIA  
CÓDIGO SERVICIO REMITENTE

CITOLOGÍA PREVIA  
SERVICIO DESTINO

DIAGNÓSTICO A.P.:

**OTROS DATOS CLÍNICOS DE INTERÉS:**

**SERVICIO ANATOMÍA PATOLÓGICA:**

DIAGNÓSTICO INTRAOPERATORIO:

MÉDICOS:

MACROSCOPIA

MÉDICOS:

TÉCNICO:

SECRETARIO:

- El **feto** se identificará con una **pulsera** que lleve el nombre y apellidos de la madre, en el tobillo o en la muñeca (siempre que sea posible en el cuerpo del mortinato).
- La **Placenta** se introducirá en un recipiente con formol. Debe ir correctamente identificado con nombre, apellidos y nº de historia de la madre. Se enviará por al Servicio de **Anatomía Patológica** en el turno de mañana de lunes a viernes, junto con las 2 tarjetas correspondientes.
- Se dejará constancia en el **Partograma** de la correcta identificación y la relación de registros que acompañan al feto.
- Se avisará a **Velatorio** (78232) para que acudan a recogerlo y se comunicará al servicio si se ha solicitado necropsia y donación o incineración del cadáver.