

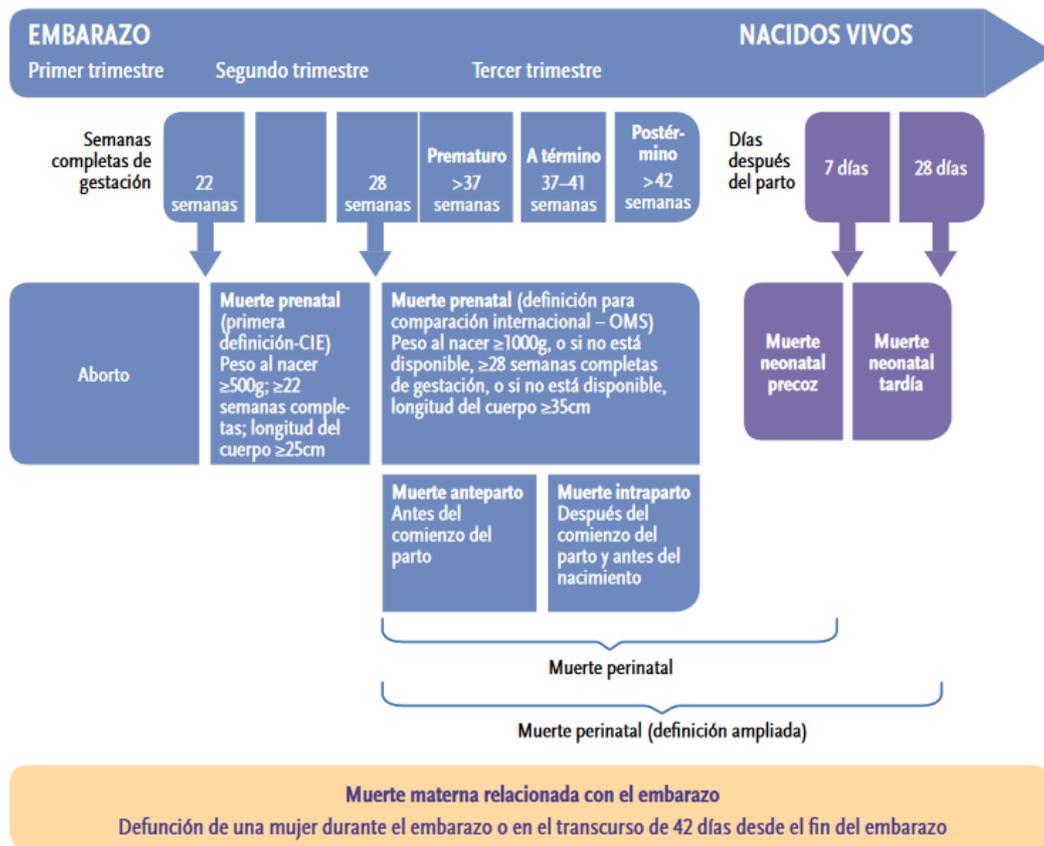
PROTOCOLO DE MUERTE Y DUELO PERINATAL

DOCUMENTO	OPERATIVO
TÍTULO	PROTOCOLO DE MUERTE Y DUELO PERINATAL
AUTORAS	MARÍA TARRAZÓ MILLET (Ginecóloga) CAROLINA SÁNCHEZ RUANO (Supervisora del área de Partorio)
VERSIÓN	1 (2018)
REVISIÓN	Noviembre 2019
NUEVA REVISIÓN	Noviembre 2022
AMBITO APLICACIÓN	Unidad de Gestión Clínica del área de Obstetricia
DESTINATARIOS	Personal del servicio de obstetricia y ginecología del HU Dr Peset
AUTORIZADO POR	Reyes Balanzá Chancosa (Jefa servicio ginecología y obstetricia HU Dr Peset)

Definiciones:

Según la OMS, “**muerte fetal prenatal**”:

- Pérdida gestacional ≥ 500 gr, ≥ 22 semanas completas o ≥ 25 cm de longitud del cuerpo
- Si esta ocurre ≥ 1000 gr, ≥ 28 semanas o ≥ 35 cm de longitud del cuerpo, hablamos de muerte fetal tardía que a su vez se clasifica en
 - o Muerte fetal intraparto: en el transcurso del parto (si no se había constatado la presencia de frecuencia cardíaca fetal en el inicio del parto, una forma de saber si ha sido intraparto o anteparto es por el aspecto de la piel-signos de maceración empiezan a las 6h de la muerte, por tanto un aspecto fresco apoyaría a una muerte intraparto, un aspecto macerado a una muerte anteparto, en términos generales).
 - o Muerte fetal anteparto: la que acontece antes del inicio del parto.



Diagnóstico: se realizará mediante ecografía, ante la ausencia de latido cardíaco, confirmado por **dos profesionales**.

Protocolo de estudio:

Tras haber informado a la paciente del diagnóstico (junto al acompañante que ella haya elegido), en ambiente reservado y respetando intimidad, se le explicará a la paciente la conveniencia de realizar una serie de pruebas para intentar conocer la causa de la muerte fetal. Además de realizar todas estas pruebas se les entregará una hoja con recomendaciones (Anexo 1).

Los objetivos de estas pruebas serán, en primer lugar, hacer una valoración del estado materno y, en segundo lugar, intentar esclarecer posible causa de la muerte fetal para asesoramiento reproductivo en un futuro.

1. En el ingreso en urgencias:

Anamnesis:

Antecedentes familiares: enfermedades hereditarias, cromosomopatías, retraso mental, consanguinidad, enfermedades tromboembólicas, abortos de repetición.

Antecedentes personales: edad, IMC, búsqueda de enfermedades tromboembólicas, patología médica (diabetes, hipertensión, enfermedades tiroideas, enfermedades autoinmunes, epilepsia, anemia grave, cardiopatías, nefropatías).

Antecedentes ginecológicos/obstétricos: paridad, problemas ginecológicos, infecciones del tracto genital inferior. En caso de gestaciones previas: cómo fue embarazo y cómo finalizó. Indagar si en la gestación actual ha habido problemas (diabetes, HTA, malformaciones, infección, traumatismos, ...)

Exploración física:

Toma de constantes: TA, FC, T^a

Abdominal: tono uterino

Especuloscopia: presencia de sangrado, infección, rotura de membranas (aspecto del líquido)

Test de Bishop

Ecografía: Biometrías, cantidad de líquido amniótico, presentación fetal, placenta/cordón, existencia de malformaciones/anomalías anatómicas. Signos de muerte intraútero: ausencia de latido cardíaco, ausencia de movimientos fetales, colapso del cráneo (superposición de suturas, engrosamiento cuero cabelludo), derrame pleural y peritoneal, anasarca por fenómenos de extravasación de líquido, gas intrafetal, contornos mal definidos por penetración de líquido amniótico.

Analítica: Hemograma y coagulación, fibrinógeno, dímero D, bioquímica (función renal y hepática, iones), PCR. Grupo sanguíneo y coombs indirecto. Serologías TORCH: toxoplasma, rubeola, citomegalovirus, herpes virus, parvovirus, VIH, sífilis. Hemoglobina fetal (normal <2% , si porcentaje mayor contactar con hematólogo). Sedimento y anormales, y tóxicos en orina.

Cómo realizar la SOLICITUD DE ANALÍTICAS

Dentro de ORION:

Peticiones:

Analítica urgente: hemograma, coagulación, dímero D, función renal, hepática e iones, PCR, Grupo sanguíneo y coombs indirecto, sedimento y anormales en orina, drogas de abuso en orina

Microbiología: serologías en sangre (suero)

Analítica ordinaria (desde hospitalización): solicitar **en “todas”** y escribir “Hb fetal”

Dejar vía periférica

Cruzar y reservar hemoderivados si la situación clínica lo requiere

Otros:

- **Pruebas genéticas:** lo ideal sería obtener líquido amniótico mediante amniocentesis para estudio de cariotipo y reservar material para arrays.

Cómo solicitar PRUEBAS GENÉTICAS

Dentro de ORION:

- Firmar Consentimiento informado para Pruebas Genéticas (Código GIN46)
- Peticiones ordinarias: CARIOTIPO LÍQUIDO AMNIÓTICO o CARIOTIPO RESTOS ABORTIVOS según la muestra que se obtenga (preferible el líquido amniótico). En información clínica y observaciones indicar que se reserve material para array en caso que cariotipo sea normal (avisar a laboratorio de ello).

Solicitar anestesia epidural para el parto

Iniciar antibioterapia con Augmentine 1gr/iv cada 6 horas, si tuviera alergia combinar Gentamicina 240 mg/día/iv con Clindamicina 900mg/8h/iv. Si corioamnionitis, seguir pauta específica (Ampicilina 2gr/6h/iv, Gentamicina 240 mg/24h/iv y Azitromicina 1 gr dosis única oral).

Descartadas posibles complicaciones maternas, se procederá a la finalización de la gestación.

2. Finalización de la gestación

Realizar el protocolo de dilatación en un **ambiente tranquilo**, que la paciente esté **acompañada por quién ella elija**; preservar intimidad y recogimiento. Hablar con los padres, de la conveniencia de ver al feto tras su expulsión o que al menos que algún familiar lo vea. El despedirse de su hijo/a facilita la aceptación de la muerte y ayuda muchísimo en la elaboración del duelo, con delicadeza y explicándoles que es una oportunidad para conocerlo y minimizando sus miedos por cómo es el cuerpo de su hijo (a veces tienen miedo por la incertidumbre de no saber si van a sufrir rechazo al estar muerto), e incluso pasado cierto tiempo o tras el parto insistir, ya que en ocasiones pueden estar en estado de shock al principio. También es recomendable sugerirles que le hagan fotos, ya que ellas serán recuerdos muy importantes de los pocos que puedan tener. Tanto si desean verlo como si no, guardar objetos (pinza cordón, huellas, cualquier cosa que haya estado en contacto con el bebé...) que puedan ayudar a la elaboración del mismo.

- **¿Cuándo?** Próximo al diagnóstico, pero si la madre está asintomática y la analítica urgente correcta, se puede esperar 12-24 horas (respetar el proceso del duelo).

- **Vía de elección del parto:** vía vaginal (cesárea en indicaciones concretas).

- **Según test de Bishop**, primero maduración con prostaglandinas (misoprostol) si Bishop desfavorable (<6), y posteriormente inducción con oxitocina, o inducción directa si Bishop favorable (>6).

- **Dosis de misoprostol:** sin cirugía uterina previa: dosis 200-400 mcg/3h/vaginal (máximo de 1400 mcg en 24h); si cesárea anterior usar la mitad de dosis.

- El uso de misoprostol aumenta la sensibilidad miometrial a la oxitocina. No administrar nunca concomitante con oxitocina y se recomienda esperar al menos 6 horas entre la administración de misoprostol y el inicio de la oxitocina. Amniorrexis cuando esté indicado y sea posible.

- En caso de alergia a misoprostol o contraindicaciones: si membranas íntegras se puede usar balón de dilatación intracervical (ver protocolo inducción al parto, métodos para maduración cervical) o, en su defecto, tallos de laminaria para realizar la maduración cervical.

- Prevención de la hemorragia uterina de igual modo que en partos de RN vivos.

3. En el momento del parto:

Realizar inspección del feto (sexo, peso, descripción macroscópica de anomalías visibles), placenta (peso, aspecto), cordón umbilical (número de vasos, circulares, nudos), líquido amniótico (color aspecto).

Dejar espacio y tiempo para que los padres puedan ver y estar con el feto, si quieren realizar fotos, sostenerlo en brazos, etc. para que les ayude en la elaboración del duelo.

4. Pruebas a solicitar

- Fragmento de placenta en fresco o suero, para cultivo en Microbiología.
- Placenta en formol para estudio anatómico-patológico.
- Serie ósea en todos los casos.
- Estudio anatomopatológico del feto:
 - Si menos de 16 semanas y no hay malformación, solicitar biopsia
 - Si más de 16 semanas o existe malformación, solicitar necropsia
- Insistir en la necesidad de realizar NECROPSIA FETAL (si van a cámara funeraria, no necesitan formol; de lo contrario, si es en horario laboral de 8 a 15h llamar a AP y llevarlo sin formol; si es en horario de guardia (de 15h a 8h, fines de semana y festivos, preservar con formol). En estos casos es necesaria la autorización para la necropsia.
- Valorar RMN fetal si los padres no desean necropsia fetal.
- Si no se ha realizado amniocentesis, estudio de cariotipo fetal y array, cogiendo la muestra de la piel de la calota o bien de tejido placentario cercano al cordón. Enviarlo a nuestro laboratorio en suero fisiológico a temperatura ambiente.
- Avisar al **funerario** (número ext. 442803) si deseo de enterramiento por parte de los padres

Cómo solicitar estas pruebas:

Orion:

Peticiones microbiología → exudado de placenta → cultivo bacteriológico (añadir estudio de listeria en información clínica y observaciones).

Peticiones de Anatomía Patológica:

- Hoja petición de biopsia para placenta.
- En caso de feto no malformado menor de 16 semanas de gestación, hoja de petición de biopsia.
- Si el feto es malformado o mayor de 16 semanas, hoja petición de necropsia. Para poder acceder a la autorización de necropsia, la paciente debe estar ingresada; entonces nos aparecerá una pestaña en informes que pone “autorización necropsia” y hay que marcar la casilla de necropsia perinatólogica. De esta autorización realizar dos copias, una para la historia clínica y otra para llevarla junto a las peticiones de AP. En caso que el feto se lo lleve el funerario: hay que hacer 3 copias de solicitud de necropsia (2 copias para el funerario y 1 para la historia clínica).

Peticiones radiología: desde el episodio de urgencias se podrá solicitar SERIE OSEA POLIMALFORMADOS, y RM fetal en el caso que los padres no deseen necropsia.

5. En sala de hospitalización

- Ingreso en sala de ginecología. La habitación es conveniente que esté señalizada con una mariposa en la puerta para que todo el personal sepa que se trata de una muerte perinatal.
- Control constantes, sangrado e involución uterina por turnos.
- Analgesia oral si precisa.
- Valorar alta precoz si es posible por el estado físico y si así lo solicita la paciente.
- Si la paciente lo desea, inhibir lactancia con Dostinex 1 mg/oral dosis única (recordar que está contraindicado en estados hipertensivos). Si no lo desea, informar de medidas de inhibición fisiológicas y sobre la donación de leche.
- Si fuera Rh negativo, administrar gammaglobulina antiD.
- Anular el envío de citas programadas o avisos por correo a próximas consultas propias de la gestación. En el momento del alta y cuando se solicite cita en consulta de alto riesgo para dos meses posteriores, indicar a la administrativa que anule el resto de las citas.
- Permitir una adecuada habitación de despedida, evitando interrupciones por parte de personal médico, enfermería, funeraria, etc., pero garantizando la disponibilidad del personal sanitario para cuando lo necesiten.

6. Al alta hospitalaria

Asegurarse que la paciente ha recibido la hoja de recomendaciones para familias.

Dar cita en CCEE en la consulta de ARO en el plazo de aproximadamente 2 meses y entregar la petición de analítica de estudio (realizarla mínimo a las 6 semanas postparto):

- PTOG
- Función tiroidea
- Estudio de trombofilias (anticuerpos antifosfolípidos: anticoagulante lúpico, anticardiolipina, b2glucoproteína; antitrombina, proteína C y S, factor V Leiden, homocisteinemia, anticuerpos antiplaquetas)
- Cariotipo progenitores: si abortos de repetición, defecto congénito actual o previo (se solicitará en la visita en ARO si existe indicación).
- Proteinuria en orina de 24 horas si el diagnóstico durante el ingreso ha sido de preeclampsia, además de aportar controles de TA domiciliario.
- Otros ante sospecha: trombopenia aloimmune, electroforesis hemoglobina (feto hidrópico, madre anémica, sospecha de alfatalasemia).
- Valorar estado físico y psicológico. Revisión ginecológica habitual.

7. Asesoramiento reproductivo

- El próximo embarazo será considerado de alto riesgo.
- Según si se ha encontrado causa, tomar **medidas preventivas según etiología** (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.

- **Modificar** potenciales **factores de riesgo** de mortalidad perinatal: pérdida de peso en obesas, dejar tabaco/consumo de drogas, toma de ác. fólico 4 mg/día preconcepcional en casos de malformaciones (por ejemplo DTN).
- **No recomendar nueva gestación** hasta recuperación física/psicológica completa, y no tener todo el estudio completo.
- **En las siguientes gestaciones:** control individualizado según caso y patología. 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 con los padres y equipo obstétrico.

RESUMEN

Ante diagnóstico de muerte fetal: se procederá a realizar protocolo de estudio detallado previamente.

Si EG < 22+0:

- El entierro es opcional
- En caso de que los padres lo quieran enterrar:
 - 1º avisar al funerario.
 - 2º rellenar hoja de Declaración y parte de alumbramiento de criaturas abortivas de menos de 180 días de gestación (anexo 3)
- Si no lo quieren enterrar, se tratarán los restos como otras piezas de AP.

Si EG 22+1-25+6:

- El entierro es opcional
- En caso de que los padres **lo quieran enterrar**:
 - Avisar al funerario.
 - Rellenar hoja de Declaración y parte de alumbramiento de criaturas abortivas de menos de 180 días de gestación (anexo 3)
- Si **no lo quieren enterrar**, se tratarán los restos como otras piezas de AP.

PERO: hay que rellenar la Hoja de Registro de Mortalidad Perinatal de la Comunidad Valenciana, y cumplimentar el libro de partos y hoja obstétrica en Orión.

Si EG 26 o más:

- El entierro es obligatorio. Si la familia no quiere hacerse cargo del feto, se debe hacer una interconsulta con Trabajo social (ver protocolo del departamento de "Procedimiento en caso de éxitus")
- Hay que avisar al funerario (442803)
- Hay que rellenar:
 - Hoja de Registro de Mortalidad Perinatal de la Comunidad Valenciana
 - Declaración y parte de alumbramiento de criaturas abortivas (lo trae el funerario),
 - Boletín estadístico del parto (lo trae el funerario).
 - Cumplimentar el libro de partos y hoja obstétrica en Orión.

SIEMPRE, explicar a los padres que tienen derecho a disponer del cuerpo de su hijo/a independientemente de la semana de gestación, y recomendar que pueden solicitar la autopsia.

LEGISLACIÓN:

- *Código Civil. Art 30, Libro I, Título II.* La personalidad se adquiere en el momento del nacimiento con vida una vez producido el entero desprendimiento del seno materno. Este artículo está redactado conforme a la Ley 20/2011, de 21 de julio, del Registro Civil.
- *Ley 20/2011 del Registro Civil.* Gracias a esta Ley los padres que así lo deseen pueden registrar a su recién nacido sin vida con nombre en un archivo del Registro Civil, sin efectos jurídicos y con publicidad restringida. Asimismo pueden solicitar un certificado en el que conste el número de registro y los datos personales.
 - Art 67.3. Cuando el fallecimiento hubiere ocurrido con posterioridad a los seis primeros meses de gestación, antes del nacimiento, y siempre que el recién nacido hubiera fallecido antes de recibir el alta médica, después del parto, el certificado médico deberá ser firmado, al menos, por dos facultativos, quienes afirmarán, bajo su responsabilidad que, del parto y, en su caso, de las pruebas realizadas con el material genético de la madre y el hijo, no se desprenden dudas razonables sobre la relación materno filial; haciéndose constar en la inscripción, o en el archivo a que se refiere la disposición adicional cuarta en su caso, la realización de dichas pruebas y el centro sanitario que inicialmente conserve la información relacionada con las mismas, sin perjuicio del traslado de esta información a los archivos definitivos de la Administración correspondiente cuando proceda. Este artículo entró en vigor a partir del 15/10/2015.
 - Disposición adicional cuarta. Constancia en el Registro Civil de los fallecimientos con posterioridad a los seis meses de gestación. Figurarán en un archivo del Registro Civil, sin efectos jurídicos, los fallecimientos que se produzcan con posterioridad a los seis meses de gestación y no cumplieran las condiciones previstas en el artículo 30 del Código Civil, pudiendo los progenitores otorgar un nombre. Este archivo quedará sometido al régimen de publicidad restringida.
- Sentencia del Tribunal Constitucional del 1 de febrero de 2016, publicada en el BOE N°57 del 7 marzo de 2016 (pag 18379): todos los Juzgados y Tribunales de España librarán la oportuna licencia de enterramiento de las criaturas nacidas sin vida, independientemente de su peso y edad gestacional, garantizando con ello el derecho de los progenitores a una disposición respetuosa del cuerpo de su bebé
- *RD 295/2009 del 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.
 - A partir de los 180 días de gestación los derechos son los mismos que en caso de haber nacido con vida. No ocurre lo mismo a la hora del derecho de subsidio por paternidad en cuyo caso es necesario que nazca con vida para que se haga efectivo. www.seg-social.es/internet-1/trabajadoresprestacionespension10935/index.htm

En la actualidad, se están cambiando los criterios para la percepción de la prestación por paternidad para igualarlo con el de maternidad. Recomendamos a partir de los 180 días de gestación solicitarlo SIEMPRE

DOCUMENTACIÓN NECESARIA

La documentación necesaria va a depender de la Edad Gestacional (EG) en que se produzca el fallecimiento o interrupción voluntaria:

- Si desean enterrar al feto y tiene menos de 26 semanas se debe cumplimentar el anexo 3. **IMPORTANTE!!!** Si se solicita autopsia/necropsia hacer constar en la hoja de anatomía patológica que una vez realizada se deben poner en contacto con la funeraria para que los familiares puedan hacerse cargo.
- A partir de las 26 semanas (180 días de gestación) el entierro es obligatorio.
- **IMPORTANTE:** en cualquier caso debe quedar reflejado en la historia que se informa a la familia de la posibilidad/obligatoriedad de entierro y la confirmación o no del deseo de enterramiento.

1. Hoja de autorización de autopsia/necropsia

Firmada por duplicado por el facultativo responsable y por el familiar más allegado. Una copia se quedará en la HC y la otra se llevará a Anatomía Patológica si es en horario de 8 a 15h. En caso contrario se guardará la petición en el paritorio hasta el primer día laborable.

A PARTIR DE LAS 22 SEMANAS DE GESTACIÓN

2. Registro de Mortalidad perinatal de la Comunitat Valenciana (anexo 2)
3. Cumplimentación del libro de partos por parte de la matrona
4. Hoja obstétrica (Orion Clinic)
5. Declaración y parte de alumbramiento de criaturas abortivas de menos de 180 días de gestación (anexo 3)

A PARTIR DE LAS 26 SEMANAS (180 DÍAS)

6. Declaración y parte de alumbramiento de criaturas abortivas (anexo 4).

Documento de la Administración de Justicia que permite el enterramiento de criaturas abortivas. El médico no puede utilizar este documento en casos de muerte violenta o sospechosa de criminalidad o generadora de responsabilidades en personas o instituciones.

Costa de los siguientes apartados:

- Datos del feto
- Datos de la madre
- Datos del declarante
- Resolución del Encargado del Registro Civil.

Los datos del feto los debe cubrir el facultativo que atendió a la madre. La firma del médico se debe acompañar de su nombre, apellidos y número de colegiación.

Este documento lo aporta siempre la funeraria que está de guardia y que viene a hacerse cargo del feto.

7. Boletín estadístico del parto (anexo 5). Es el documento con fines estadísticos que recoge la información de todos los partos inscritos en el Registro Civil, y permite certificar las muertes fetales de más de 180 días de gestación o nacidos muertos. El espacio reservado para registrar las muertes fetales lo constituyen dos líneas:

- Enfermedad o afección principal del feto o recién nacido: debe anotarse la enfermedad más importante del feto. Por “más importante” se entiende el estado patológico que, a juicio del certificador, contribuyó en mayor medida a la muerte del feto.

No se debe anotar la manera de morir, por ejemplo parada cardíaca, insuficiencia cardíaca, asfixia, anoxia, prematuridad, con la excepción que sea la única afección del feto que se conoce. Esto es también aplicable al caso de prematuridad. Si fuera posible acudir a los resultados de la necropsia.

- Enfermedad o afección principal de la madre que afectó al feto
El certificador debe anotar la enfermedad o afección más importante de la madre que a su juicio tuvo algún efecto negativo sobre el feto.
En este caso se recomienda anotar la afección más importante en la línea destinada a este fin

También es posible anotar que se le practicó la autopsia, y cuando se produjo la defunción, antes o durante el trabajo de parto.

Es aconsejable que el médico certificador cumplimente todas las variables que afecten más directamente al feto o a la gestación, con la finalidad de mejorar la calidad y coherencia de la información

Elaboración del duelo

Definimos “**duelo**” como un proceso, una reacción adaptativa normal del ser humano ante cualquier pérdida. El dolor emocional que se experimenta tras haber sufrido una pérdida importante, cuya respuesta emocional característica es la pena o aflicción, siendo ésta normal y saludable, además de limitada en el tiempo.

Las reacciones observadas en el duelo perinatal se asemejan a otro tipo de duelo, la sensación de irrealidad, alteraciones del sueño, sentimientos de vacío, culpabilidad, irritabilidad, apatía... En la mayoría de los casos, se produce una disminución en la autoestima materna, debido al sentimiento de incapacidad para dar vida, aumentando, si cabe, la culpabilidad y sensación de fracaso.

Existen varios modelos que describen las fases del duelo y no hay un acuerdo único de cómo ocurre, ni patrón común en todas las personas. Más que fases o etapas, podemos decir que a lo largo del tiempo en que dura el duelo los padres experimentan una serie de manifestaciones, sentimientos, síntomas y signos que van cambiando. Así podemos hablar de diferentes patrones según el experto al que nos refiramos (Lindenman, Rondo, Kübler-Ross...)

Lo realmente importante, más que conocer las fases por las que pasan, es ser conscientes de que es una etapa crítica en la vida de una pareja y que debemos estar preparados para ayudarles, para que no se convierta en patológico. Todo en la vida tiene su parte positiva y el duelo también. Éste puede convertirse en un acto reparador de temas pendientes, en fuente de sabiduría y conocimiento de uno mismo, y del sentido de nuestras vidas.

En el caso de muertes gestacionales y neonatales, al ser éstas repentinas e inesperadas, por la relación de parentesco y por la temprana edad del fallecido, entre otros factores, podríamos considerarlas muertes traumáticas para los padres, lo que en ocasiones puede hacer que los duelos se compliquen. Y por ello, en los primeros momentos es muy importante ser empáticos a la hora de dar la noticia, acompañarlos y apoyarlos para ayudarles a afrontar la pérdida, que es el primer paso en su proceso de duelo.

Hay que tener presente que es una etapa de **ILUSIONES ROTAS**.

El vínculo empieza a formarse desde el mismo momento en que la mujer sabe que está embarazada. En su cabeza hay un cambio y empiezan a generarse expectativas e ilusiones, relacionadas con el nuevo rol de ser madre y padre, además de pareja.

La idealización del nuevo rol es mayor cuanto más avanzada esté la gestación, junto con los deseos previos de ser padres.

Después de la inesperada muerte gestacional ya nada es igual. Todas las ilusiones y las expectativas que se han ido generando desaparecen, se desmoronan, y es cuando empiezan a aparecer los síntomas que caracterizan el duelo.

Muchas veces aparece en la pareja la prisa por un nuevo embarazo, pensando en reconstruir las ilusiones rotas. Existe un riesgo real y descrito en numerosos estudios de que este nuevo embarazo interfiera en el duelo contribuyendo a su transformación en patológico.

Estrategias generales de actuación

¿Y qué ocurre con los profesionales, estamos preparados?

Hasta hace poco tiempo la formación que recibían los profesionales sanitarios con respecto al duelo perinatal era nula, más que formación, podemos hablar de desinformación total. Afortunadamente, ya se empieza a incluir en los planes de estudio.

También está cambiando la atención a las madres. Hasta hace poco, se sedaba a la madre con la intención de que no fuera protagonista ni participe del proceso; y se hacía desaparecer al recién nacido inmediatamente. Todo ello negando la existencia y evitando la formación del vínculo con su hijo. La madre no decidía, lo hacían por ella los profesionales sanitarios u otros miembros de la familia (pareja, etc).

Pero esto, no es lo que la evidencia nos dice que es lo adecuado. No es hasta finales de los años 60 cuando se empieza a dar importancia al duelo perinatal.

“Cuidar a unos padres durante y después de la pérdida de un hijo puede llegar a ser muy estresante y difícil, mucho más si no existe un sistema de apoyo dentro del mismo centro sanitario y entre los compañeros” SANDS, Guía para profesionales.

Existe una relación directamente proporcional entre las semanas de gestación y el impacto emocional que experimenta el profesional, por ello necesitamos aprender habilidades para enfrentarnos a este momento, ya que nuestra formación es eminentemente biomédica; nos preparan para curar, para sanar, pero no para enfrentarnos a la muerte y menos aún a la perinatal. La ansiedad y el estrés que genera en los profesionales sanitarios enfrentarse a esto, hace que la mayoría se centre en la prestación de cuidados físicos, descuidando la parte emocional.

Formar al profesional es cuidarlo y enseñarle a cuidar

Todos y cada uno de los profesionales que se ven implicados en una muerte perinatal, se sienten muy afectados ante lo que está ocurriendo, por lo que necesitan de **recursos** que les ayuden a conllevar esta situación.

- Es importante que estos casos no sean atendidos siempre por los mismos profesionales.
- Comentar las dificultades con los compañeros.
- Expresar los sentimientos con los padres sin ningún tipo de miedo.
- Ante situaciones personales en las que la esta pérdida pueda influir, hablar con tu superior.
- Tratar los temas en las sesiones clínicas y realizar talleres formativos con el equipo
- No combinar nacimientos y muertes atendidos por los mismos profesiones
- Trabajar en equipo asegurando tiempo de respiro entre una muerte y una vida.
- Reconocer el trabajo que hacen tus compañeros.
- Proponer a tu centro que se haga un curso de este tema.

¿Cómo comunicar la noticia?

Los gestos y palabras de los profesionales que intervienen en ese momento tan doloroso pueden ser recordados incluso años después y tienen un impacto muy grande en los padres y su entorno, por lo que resulta necesario saber que decir o hacer para favorecer un duelo normal.

Cómo comportarnos, qué decir o cómo decirlo cambiará drásticamente la manera en que la mamá, el papá y la familia afronten la pérdida gestacional o neonatal, además, junto a otras variables, influirá en superar el duelo de manera más o menos óptima, y empleando mayor o menor tiempo

en las distintas fases del mimo.

A la hora de desarrollar una buena comunicación y empatía podemos utilizar el método LAST y así recordar las habilidades fundamentales para tratar estos casos. Éste acrónimo se recoge en muchos protocolos de comunicación médica norteamericano.

Los conceptos fundamentales serían:

- **Escuchar** . Esto en sí ya es una atención emocional. Hacer preguntas abiertas. Escuchar con empatía, respetando los tiempos.
- **Comprender**. No juzgar, "ponerse en el lugar del otro", sin bata blanca, buscando un lugar íntimo para dar la noticia.
- **Apoyar**. Hacerles sentir que se está con ellos, que tienen apoyo de todo el equipo.
- **Tocar**. Mirar a los ojos a ambos padres, postura relajada, contacto físico con las manos, en el hombro o un abrazo.
- **Mantener la calma**, sin derrumbarse

Una forma de aprender a dar malas noticias es recordar la propia experiencia de cuando nos han dado una mala noticia. Es conveniente recordar qué nos dijeron, cómo, y qué echamos de menos, qué nos hubiese gustado que nos dijeren.

Y cómo actuar....

SI

- **Presentarnos** siempre por nuestro nombre; es una buena forma de empezar a acercarnos.
- **Actitud empática**, cercana, prudente. Expresando nuestra tristeza por la muerte del bebé, compartiendo su dolor, haciéndoles sentir que no están solos, dejándoles que expresen sus sentimientos. Podemos imaginar cómo nos sentiríamos si fuésemos nosotros los que perdemos a nuestro bebé, ¿qué pensamos que necesitaríamos?: un abrazo, silencio, oír una voz tranquilizadora...
- Lenguaje accesible, evitando terminología médica.
- Intentar hablar pausadamente y de forma clara.
- Frases cortas
- Normalizar las emociones y las reacciones.
- Importancia de la **comunicación no verbal**: como miramos, la rapidez, gestos y silencios. Mirar a los ojos..
- Hablar con ambos padres de manera equitativa, la información debe darse a ambos progenitores.

NO

- Evitar posiciones autoritarias y/o paternalistas.
- No interrumpir NUNCA la expresión del dolor
- No se debe intentar encontrar algo positivo en la muerte del niño.
- No hay que expresar las posibles causas del fallecimiento de forma que los padres se puedan sentir "culpables"
- No cruzar los brazos.
- Evitar frases que culpabilicen, que les exijan serenidad, que le resten importancia a lo sucedido o que intenten reemplazar la pérdida.

Palabras que acompañan

Siempre es mejor expresarte con tus propias palabras. Las frases hechas generan más dolor, rabia, desconcierto e indignación.

- Siento lo que estás pasando, no tengo palabras para expresarlo. Siento pena.
- La verdad es que no sé qué decir. Lo siento.
- Estamos a vuestro lado.
- Puedo estar con vosotros si me necesitáis
- ¿Cómo os sentís? ¿Queréis hablar?
- La pérdida de un hijo siempre es terrible, no es ley de vida, da igual el tiempo que ha estado con vosotros.
- ¿Con que nombre queréis recordarlo?. Si aún no tenían el nombre pensado referirse a el/ella como vuestro bebé

“Si lo que vas a decir no es mas bello que el silencio, no lo vayas a decir”

Palabras que alejan

- Deberías haber venido antes al hospital.
- ¿No te habías dado cuenta de nada?
- Sé por lo que estás pasando (no puedes decir esto, a no ser que te haya pasado lo mismo)
- En cuanto salgan del hospital, volver al trabajo enseguida, estar distraídos ayuda a olvidar.
- Ahora ya no sufre.
- No llores, no sirve de nada, tenéis que ser fuertes.
- Todos tenemos que morir, las cosas pasan porque tienen que pasar.
- Hay personas que están peor, piénsalo.
- Suerte que tenéis otros hijos.
- Podéis tener mas hijos, sois jóvenes.
- Evitar palabras frías como feto, fetito y sustituyámoslas por hijo, hija, el nombre (si lo saben).

Actuación en el paritorio

Existen *tres premisas importantes*:

- Informar
- Normalizar
- No culpabilizar

Los primeros momentos tras el parto marcan y condicionan el modo en el que los padres comienzan a integrarse en el proceso del duelo. Es necesario crear un **ambiente tranquilo**, de intimidad y respeto para favorecer la despedida a la vez que ofrecemos un trato adecuado y empático.

Este **espacio** estará claramente **señalizado con una mariposa morada en la puerta**, para que de esta manera todo el personal reconozca la situación que se está viviendo al otro lado, respetando la intimidad pero sin favorecer el aislamiento.

Hay que **darles tiempo** para la toma de decisiones. El momento de recibir la noticia es el más duro; los padres entran en estado de shock, por ello les resulta tan difícil tomar decisiones en ese momento. Los expertos recomiendan la “conducta mixta” a la hora de inducir o no inducir un parto. Esta pauta de actuación tiene la ventaja de permitir el inicio de parto espontáneo y dar tiempo a los padres de tomar decisiones sobre qué hacer y cómo hacerlo, de asimilar la nueva situación favoreciendo de esta manera el duelo normal. Tiene el inconveniente de tenerse que realizar controles seriados por el aumento en el riesgo de corioamnionitis, hemorragia y CID.

Evitar sedación excesiva; en caso de precisar alivio del dolor **se recomienda la analgesia epidural** como método de elección, pero siempre dejando que sea la mujer quién decida, sin imponer.

Es importante informar a la madre durante todo el proceso de lo que su cuerpo va a experimentar (contracciones, malestares,..) y a ella y al padre o acompañante de los procedimientos que estamos realizando.

Una vez ha nacido el **bebé**, tratarlo **como si estuviese vivo**. Se debe animar a los padres a que lo vean, toquen, abracen o sostengan. Durante las dos horas de puerperio inmediato y mientras están en el paritorio no debemos llevarnos al recién nacido y permitir la entrada de otros familiares si lo desean.

Debemos evitar dejar al bebé solo sobre una mesa o similar.

Es habitual que padres que en un principio no querían ver ni tocar a su hijo recién nacido, cambien de opinión durante el puerperio inmediato.

Si no quieren ver al bebé se les puede describir como es físicamente si quieren. Animar a los padres con frases como “que guapo/a es...” que manitas tiene”.

Facilitar asistencia religiosa y respetar ritos.

Ayudar a elaborar una caja de recuerdos.

¿Y si se trata de una muerte intraparto?

Es uno de los momentos más duros para cualquier profesional (incredulidad, ira, miedo). Todos los sentimientos y emociones tendremos que ser capaces de gestionarlos para poder atender y cuidar a los padres que son los que realmente han sufrido la pérdida y están más afectados.

- Si nacen con un apgar bajo y va a necesitar reanimación no pedir al acompañante que salga.
- No sacar al recién nacido y llevarlo a otra sala si intuimos que le queda poco tiempo de vida.
- No caer en el ensañamiento terapéutico.
- Comunicar la noticia a los padres informándoles que se ha hecho todo lo posible.

Manejo de la lactogénesis tras la muerte

Tras la pérdida de un hijo, la mayoría de las veces, la madre, debido a la situación en la que se encuentra, no repara en la posibilidad de decisión que tiene, a la hora de inhibir o no la lactancia. En muchos hospitales se sigue un protocolo de inhibición farmacológica ya que nos puede la actitud paternalista, sin embargo, esto supone un bloqueo neuropsicológico como consecuencia del cese de producción de oxitocina, prolactina y endorfinas, que a su vez actuarían como protectoras ante el estrés y la depresión.

Por todo ello, debemos ofrecer alternativas, como donar esa leche a un banco. Muchas madres se sienten así realizadas y les ayuda a elaborar más rápido y sanamente el duelo, por lo que les facilitaremos los hospitales que tienen banco de leche, si tiene otros hijos lactantes puede que desee continuar con ella o sino ofrecer una inhibición gradual y fisiológica.

Si se decide por la inhibición farmacológica optaremos por la cabergolina 1mg en toma única a las seis y doce horas del nacimiento. Y daremos pautas/recomendaciones por si se produce la subida de leche igualmente. Avisar de que esta circunstancia se puede producir.

Si, por el contrario, quiere que la inhibición se produzca de manera fisiológica, dependerá del tiempo transcurrido desde el nacimiento, ya que si la muerte es temprana optaremos por la actitud expectante y si no, se le aconsejará la extracción, preferiblemente manual, de leche en pequeñas cantidades cuando empiece a sentir el pecho lleno, para evitar ingurgitaciones.

Recomendaciones (Caja de los recuerdos)

Sabemos que es muy importante, para un duelo sano, el acompañarlo de recuerdos.

Una buena forma de ayudar a las familias en estos duros momentos es brindando distintas opciones que pueden ayudar en el duelo.

Aprovecharemos los espacios de despedida, que los padres puedan vestir tranquilamente a su hijo con la ropa que pensaban ponerle al nacer.

Podemos realizar fotografías con el recién nacido en sus brazos, fotos de familia o únicamente fotos cogiéndole sus manitas o sus pies.

En el caso de que tuvieran la habitación de su hijo ya montada, les aconsejaremos que los familiares no retiren nada, que sean los propios padres cuando se vean preparados los que desmonten la habitación.

Les proporcionaremos “**la caja de los recuerdos**”. Que consiste en una pequeña caja con una sencilla decoración externa y elementos del recién nacido muerto o de su paso por el hospital: la ropita que llevaría puesta, el gorro y los patucos, la pulsera identificativa con su nombre y fecha de nacimiento, un mechón de pelo, la huella de su mano o pie en un folio, una tarjeta con alguna frase con amor. Esta caja se les entregará a los padres en el momento que se vayan del servicio. Si ellos no la quisieran, se le puede entregar a otro miembro de la familia por si en algún momento del proceso del duelo los padres necesitaran verla.

LISTADO DE ANEXOS

ANEXO 1: Recomendaciones para familias

ANEXO 2: Registro de mortalitat perinatal de la Comunitat Valenciana

ANEXO 3: Declaración y parte de alumbramiento de Criaturas de menos de 180 días de gestación.

ANEXO 4: Declaración y parte de alumbramiento de criaturas abortivas

ANEXO 5: Boletín estadístico del parto

ANEXO 6: Circuito feto muerto

ANEXO 1

RECOMENDACIONES PARA FAMILIAS

Os queremos decir que sentimos mucho que vuestro hijo haya muerto, o que esté afectado por una enfermedad grave y que tengáis que tomar decisiones difíciles sobre su vida. Son situaciones para las cuales ninguna madre ni ningún padre pueden estar preparados.

Vivir la muerte de un hijo es un hecho antinatural y supone un fuerte impacto emocional y mental en nuestra vida. Es frecuente pasar los primeros días en estado de choque y de incredulidad. El entorno tampoco suele estar preparado para afrontar este hecho y acompañarnos en el duelo.

Sabemos de la importancia de la despedida de un hijo, y aunque no será fácil decirle adiós, será la oportunidad de poder conocerlo, decirle lo que sentís, abrazarlo,..., un momento donde podréis estar en familia. En vuestra despedida podéis hacerle algunas fotografías (en vuestros brazos, o de su carita, o de sus manitas, pies,...) que, pasado un tiempo, serán de un gran valor para vosotros. Esto os ayudará en la aceptación de la muerte y en vuestro proceso de duelo.

Es importante tener una imagen real del hijo a quien queremos y que no ha llegado a nacer con vida, así como tener recuerdos suyos. Por ello, es muy recomendable también que guardéis algunos recuerdos; podéis crear una cajita de recuerdos con sus huellas, ecografías, la pinza de cordón, fotos. Si queréis, podéis llevar ropa para vestirlo. La matrona os ayudará a prepararlo, estará a vuestro lado y os dará el apoyo que necesitáis.

La vuelta a casa sin el hijo, a veces con la habitación preparada para recibirlo, es un momento muy doloroso. Es bueno ir despidiéndoos y guardar sus cosas, a vuestro ritmo.

En cuanto a lo que se debe hacer con el cuerpo, consultarlo con los profesionales que os atienden y os informarán de los trámites a seguir, al igual que sobre las prestaciones por maternidad que os corresponden.

Si habéis decidido interrumpir el embarazo, los sentimientos son similares a los de la pérdida espontánea, pero además deberéis asumir los interrogantes que despierta la anomalía. También puede suceder en estas situaciones que vuestro sentimiento de culpa, aunque en realidad no seáis culpables de nada, sea más intenso. Como madres, el vínculo que habéis tenido con vuestro hijo es muy especial, y posiblemente sentís mucho dolor. Debéis estar preparadas para el trabajo de parir a vuestro hijo sin vida. Algunas madres podéis sentir por unos momentos que todo es irreal, como si todavía estuviera con vida. El cuerpo y la mente tardan un tiempo a adaptarse a lo que ha sucedido.

Cuando se ha perdido a un hijo es habitual tener sentimientos y emociones que a veces no entendemos, pero que son completamente normales en esta situación, como irrealidad, vacío, rabia, ira, culpa, indefensión,... un dolor tan profundo que es como si se nos hubiese "roto el alma", porque como madres y padres el vínculo que habéis tenido con vuestro hijo/a es muy especial. Mamás, saber que el cuerpo y la mente tardan un tiempo a adaptarse a lo que ha sucedido. Debéis sacar fuerzas para dar a luz a vuestro hijo/a sin vida, y a pesar de que es un gran esfuerzo será un gran acto de amor hacia él/ella. Si habéis decidido interrumpir el embarazo, los sentimientos son similares a los de la pérdida espontánea, pero además deberéis asumir los interrogantes que despierta la anomalía.

Por todo esto, os ofrecemos información sobre los recursos psicosociales disponibles en nuestra comunidad para hacer frente a este momento. Compartir con otros padres y madres que han pasado por la misma situación que vosotros os puede facilitar sentir que no estáis solos, comprensión, compañía y apoyo. En Nubesma (Asociación de apoyo al duelo gestacional y neonatal de Valencia) os facilitarán información y apoyo emocional desde un primer momento, pudiendo poneros en contacto con la asociación a través de WhatsApp (644 71 38 32) para poder recibir ayuda de las psicólogas o cofundadoras, en cuanto lo solicitéis.

REGISTRO CIVIL Y LIBRO DE FAMILIA

Trámites y gestiones. Inscripción del nacimiento.

<http://www.mjusticia.gob.es/cs/Satellite/Portal/es/servicios-ciudadano/tramites-gestionpersonales/inscripcion-nacimiento>

TRÁMITES ANTE EL I.N.S.S.

Baja por maternidad

http://www.seg-social.es/Internet_1/Trabajadores/PrestacionesPension10935/Maternidad/index.htm

Baja por paternidad

http://www.seg-social.es/Internet_1/Trabajadores/PrestacionesPension10935/Paternidad/index.htm

En la actualidad, se están cambiando los criterios para la percepción de la prestación por paternidad para igualarlo con el de maternidad. Recomendamos a partir de los 180 días de gestación solicitarlo SIEMPRE

PARA MAS INFORMACIÓN

Documentos

- Álvarez Álvarez M, Claramunt Armengau MA, Carrascosa LG, Silvente C. Las voces olvidadas. Pérdidas gestacionales tempranas. Tenerife: Ob Stare; 2012.
- Bucay J. El camino de las lágrimas. Barcelona: Grijalbo; 2003.
Carmelo A. Déjame llorar. Un apoyo en la pérdida. Barcelona: Tarannà; 2007.
- Claramunt MA, Álvarez M, Jové R, Santos E. La cuna vacía: el doloroso proceso de perder un embarazo. Madrid: La Esfera de los Libros; 2009.
- Kübler-Ross E. La muerte un amanecer. Barcelona: Luciérnaga; 2008. Kübler-Ross E, Kessler D. Sobre el dol i el dolor. Barcelona: Sagarmata; 2006.
- López S, Pi-Sunyer MT. Morir cuando la vida empieza. Conocer y despedir al hijo al mismo

tiempo. Pamplona: Círculo Rojo; 2015.

- Savage JA. Duelo por las vidas no vividas. Barcelona: Luciérnaga; 2000. Schott J, Henley A. Saying goodbye to your baby. Londres: SANDS; 2014.
- Turner M. Cómo hablar con niños y jóvenes sobre la muerte y el duelo. Barcelona: Paidós; 2004.
- Serra Llanas X. I jo també em moriré? Com es pot ajudar els infants i els adolescents a afrontar la pèrdua d'algú a qui estimen. Barcelona: Grup 62; 2014.
- <http://www.fundacionmlc.org/uploads/media/default/0001/01/guia-duelo-infantil-fmlc.pdf>, : este libro de descarga gratuita os puede ayudar a explicarles lo ocurrido en caso de que tengáis otros hijos

Grupos y asociaciones de apoyo

WEBS

- **Nubesma.** Asociación de apoyo al duelo gestacional y neonatal de Valencia
<http://www.nubesma.org>
- **Umamanita.** Apoyo para la muerte perinatal y neonatal. <http://www.umamanita.es/>
- **Caminar.** Asociación Valenciana de Apoyo en el Duelo.
<http://www.ayudaduelocaminar.com/es/>

Otras:

- www.duelogestacionalyperinatal.com: grupo presencial de apoyo al duelo para madres y padres en Valencia.
- www.sarajort.es
- www.lacunavacia.com
- www.lasvocesolvidadas.com
- www.vivirlaperdida.com
- www.asociacionpsicologiaperinatal.com
- www.superandounaborto.com
- Red el hueco de mi vientre

ANEXO 3

DECLARACIÓN Y PARTE DE ALUMBRAMIENTO DE CRIATURAS DE MENOS DE 180 DÍAS DE GESTACIÓN

Dr/Dra _____, con N°
de colegiado _____, **certifica** que el
día _____ de _____ de _____ a las _____ horas, se
produjo el nacimiento de un recién nacido sin vida de
_____ días de gestación, hijo/a _____ de
_____ con
DNI _____ y de
_____ con
DNI _____, quienes le otorgan el nombre
de _____

En Valencia, a _____ de _____ de _____

Fdo: (Nombre, apellidos, N° colegiado y firma del médico)

ANEXO 4: DECLARACIÓN Y PARTE DE ALUMBRAMIENTO DE CRIATURAS ABORTIVAS

Se cumplimenta y firma por el Obstetra de Guardia a excepción de los datos del declarante si fuesen distintos a los de la madre, aunque también debe consignar la rúbrica la persona (la misma madre o familiar) que lo presentará (Representante) en el Registro Civil. La firma del obstetra debe ir acompañada del número de colegiado. Se entrega a los padres o a la Funeraria en el despacho del Administrativo/a de planta.

SERIE 89 Nº 004153

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)

EVADENEYRA, S. A. - MADRID

ANEXO 5: BOLETÍN ESTADÍSTICO DEL PARTO

Debe ser cumplimentado por el Obstetra de guardia y por la madre, consta de 8 hojas y debe ser firmada por el médico y por la madre. Se entrega a los padres o a la Funeraria en el despacho del Administrativo/a de planta para su presentación en el Registro Civil (en los pueblos suele estar en el mismo Ayuntamiento).

Habitualmente ocasiona problemas la hoja 6 donde hay espacio para 1 o varios gemelos. En ella se deben rellenar tantos espacios como fetos muertos. También de la hoja 6 plantea controversia el apartado de “causa de la muerte”: si ésta es claramente identificable se puede incorporar de inmediato al formulario. Causa desconocida: si NO se realiza autopsia se plasmará “desconocida”; si SÍ se practicará la autopsia se pondrá “por determinar”. En este último caso cuando se obtenga el resultado se debe rellenar otro formulario y presentarlo por los padres en el Registro Civil para la actualización del dato de causa de la muerte.

Hoja 8: cumplimentada y firmada exclusivamente por el registro civil

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 (LFEPI). Todo el personal estadístico tendrá la obligación de preservar el secreto estadístico (art. 17.1 de la LFEPI).

Obligación de facilitar los datos
 La Ley de la Función Estadística Pública 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 (art. 10.1 de la LFEPI). 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 LFEPI). 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 LFEPI).

5. Datos de la inscripción. A rellenar por el Encargado del Registro Civil

1.3 Registro Civil n.º: Provincia:
 Municipio:
 Fecha de inscripción: Día Mes Año

1.4 Torno Página Vuelta
 Primer nacido:
 Segundo nacido:
 Tercer nacido:

En caso de aborto, fecha de incorporación al legajo de abortos:
 Día Mes Año

Sello del Registro Civil

 02048183 08
 Mod. NNª-SCP Pág. 08

CIRCUITO FETO MUERTO

Más de 26 semanas de gestación (entierro obligatorio):

- En caso de que la familia no quiera/no pueda hacerse cargo del entierro, ponerse en contacto con la trabajadora social. **Dejar reflejado en la historia que se proporciona la información y el deseo o no de enterramiento de los padres. En caso negativo hacer interconsulta con trabajadora social para que esté informada.**
- Amortajar y asegurarnos que en la mortaja se pone una etiqueta identificativa (TCAE)
- Poner pulsera y pinza de cordón. Registrar N° de identificación de la pulsera y la pinza en la hoja obstétrica (matrona)
- Si el parto se produce entre las 8 y las 15h en día laborable:
 - Avisar al jefe de celadores y a la funerario (ginecóloga/ginecólogo de guardia)
 - Petición de necropsia y feto a anatomía patológica.
 - Registrar en “libro de registro” de salidas de anatomía patológica (TCAE):
 - Etiqueta madre
 - Indicar que es un feto
 - Semanas de gestación
 - Hora de salida de paritorio
- Si el parto se produce en festivo o entre las 15h y las 8h:
 - Avisar al jefe de celadores y al funerario (ginecóloga/ginecólogo de guardia).
 - El feto se lo llevarán a la cámara. Comprobar que la mortaja está perfectamente identificada y el feto con la pulsera y la pinza de cordón.
 - Petición de necropsia en un sobre identificado con mariposa morada. La TCAE responsable del área de consultas se encargará de avisar a la supervisora cuando haya alguna petición el primer día laborable después del parto.
 - El siguiente día laborable la TCAE del área de consultas avisará al celador para llevar la petición de necropsia junto con el resto de muestras de anatomía patológica.
 - Registrar en “libro de registro” de salidas de anatomía patológica (TCAE):
 - Etiqueta madre
 - Indicar que es un feto
 - Semanas de gestación
 - Hora de salida de paritorio

Menos de 26 semanas de gestación (entierro no es obligatorio):

- Como norma general el feto se meterá en formol. En caso contrario el circuito será el mismo que si está de 26 semanas o más.
- **Si el parto se produce entre las 8 y las 15h en día laborable:**
 - o Bote identificado con etiqueta de la madre y petición de anatomía patológica.
 - o La TCAE responsable del área de consultas se encargará de avisar al celador para que se lleven el bote junto con la petición a anatomía patológica.
 - o Registrar en “libro de registro” de salidas de anatomía patológica (TCAE):
 - Etiqueta madre
 - Indicar que es un feto
 - Semanas de gestación
 - Hora de salida de paritorio
- **Si el parto se produce en festivo o entre las 15h y las 8h:**
 - o El siguiente día laborable la TCAE del área de consultas avisará al celador para llevar la petición de anatomía patológica junto con el feto en un bote con formol.
 - o Registrar en “libro de registro” de salidas de anatomía patológica (TCAE):
 - Etiqueta madre
 - Indicar que es un feto
 - Semanas de gestación
 - Hora de salida de paritorio

RECORDAR:

- Si está de 22 semanas de gestación o más SIEMPRE hay que hacer una hoja obstétrica y registrar en el libro de partos (matrona)
- Si está de más de 26 semanas el feto irá identificado con pulsera y pinza de cordón, anotando el número identificativo en la hoja obstétrica.
- Registrar siempre en la historia clínica el deseo de enterramiento y realizar interconsulta con trabajadora social en caso de que los padres no deseen entierro.

BIBLIOGRAFÍA

1. Clarke, J. (2015). Perinatal grief as a deeply social experience: perspectives of bereaved parents. *BMJ Support Palliat Care*, 5 1-18.
2. Farrow, V. A., Goldenberg, R. L., Fretts, R. & Schulkin, J. (2013). Psychological impact of stillbirths on obstetricians. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 26(8), 748-752.
3. Fernández-Alcántara, M., Cruz-Quintana, F., Pérez-Marfil, N., y Robles-Ortega, H. (2012). Factores psicológicos implicados en el duelo perinatal. *Index de Enfermería*, 21(1-2), 48-52
4. Flenady, V. y Wilson, T. (2008). Apoyo a madres, padres y familias después de la muerte perinatal. (Révision Cochrane traducida). En *Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número 3*. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>
5. Hospital General Universitario Gregorio Marañón (2011). Actuación de la matrona ante la muerte perinatal. Protocolo asistencial.
6. Hospital Virgen de la Arrixaca (2016). Guía actuación y acompañamiento en la muerte gestacional tardía.
7. Kübler-Ross, E. (2006). *La muerte: un amanecer*. Barcelona: Ediciones Luciérnaga.
8. Pastor Montero, S., Romero Sánchez, J. M., Hueso Montoro, C., Lillo Crespo, M., Vacas Jaén, A. G., y Rodríguez Tirado, M. B. (2011). La vivencia de la pérdida perinatal desde la perspectiva de los profesionales de la salud. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* Artículo Original 19(6):[08 pantallas] nov.-dic.
9. SEGO. (2010). Guías de prácticas de asistencia. *Medicina Perinatal*. Definiciones Perinatológicas. Disponible en <http://www.prosego.com/categoria-guia-asistencia/medicina-perinatal/page/2/12>.
10. Santos Redondo, P., Yáñez Otero, A., Al-Adib Mendiri, M., SES (2015). Atención profesional a la pérdida y el duelo durante la maternidad.
11. Tarrat, B., Galindo A. y Medina, M. (2014). *Volver a vivir tras la pérdida de un hijo*. Madrid: Menudos Corazones. Recuperado de <http://www.menudoscrazones.org/wp-content/uploads/Guia-Duelo-II-baja.pdf>
12. Umamanita y El Parto es Nuestro (2009). Guía para la atención de la muerte perinatal y neonatal. Disponible en <http://www.umamanita.es/wp-content/uploads/2015/06/Guia-Atencion-Muerte-Perinatal-y-Neonatal.pdf>
13. La Guía de ayuda para profesionales sanitarios ante la pérdida gestacional o neonatal. Nubesma. <https://www.nubesma.org/wp-content/uploads/2019/04/GU%C3%8DA-de-ayuda-para-profesionales-sanitarios-ante-la-p%C3%A9rdida-gestacional-y-neonatal-2.pdf>
14. http://www.seg-social.es/Internet_1/Trabajadores/PrestacionesPension10935/Maternidad/index.htm
15. http://www.seg-social.es/Internet_1/Trabajadores/PrestacionesPension10935/Paternidad/index.htm
16. <http://www.mjusticia.gob.es/cs/Satellite/Portal/es/servicios-ciudadano/tramites-gestionpersonales/inscripcion-nacimiento>.
17. B.O.E nº 57, sec TC, pag 18379

PROPUESTA PARA ESTA EDICIÓN DEL PROTOCOLO

Realización de un seguimiento protocolizado de visita a las gestantes que sufren una muerte fetal intrauterina y las que deciden someterse a un IVE de segundo trimestre.

OBJETIVOS

- Comprobar que disponen de la documentación (recomendaciones a familias)
- Realizar un screening para detectar posible riesgo de salud mental. Se puede utilizar la escala de Edimburgo o cualquier otra que consideremos apropiada.

PROPUESTA

- En caso de ser un IVE, a la vez que se le da cita para la interrupción se le dará cita en dos semanas para esta consulta de seguimiento. **Matrona de primaria?**
- En la visita se realizará el screening.
 - Resultado positivo: repetir en 15 días
 - Resultado negativo: **valorar volver a citar a la puérpera (tiempo?)**