



*Guía de
actuación y
acompañamiento en
la muerte
gestacional tardía.*

*Hospital Clínico
Universitario Virgen de la
Arrixaca (HCUVA)*

GUÍA DE ACTUACIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO EN LA MUERTE GESTACIONAL TARDÍA.

*HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO
VIRGEN DE LA ARRIXACA (HCUVA)*

Autoras:

Verónica Soto Herrero

Matrona Paritorio HCUVA

Natalia Emilia Rodríguez Portilla

Matrona Paritorio HCUVA

Carmen Martínez Rojo

Matrona Paritorio HCUVA

Sonia Rubio Alacid

Matrona Paritorio HCUVA

Concepción Martínez Román

Matrona. Supervisión Paritorio HCUVA

Con la colaboración de:

Pastora Mompeán Franco

Psicóloga. Asociación Amanecer por la pérdida de un ser querido.

Mireille Rosique

Enfermera pediátrica. Counsellor y experta en duelo. Coordinadora y formadora Gaadía. Grupo de formación y apoyo al duelo Arixaca.

Marisol Rodenas Andrés

Psicóloga-Psicoterapeuta. Especialista en reproducción asistida. IVI. Murcia.

Fecha de elaboración: mayo 2016

Fecha de revisión: mayo 2018



*“La muerte de un recién nacido es una situación que se ha afrontado hasta ahora negándole importancia, con bastante indiferencia. Los hospitales han tendido a minimizar el impacto que estas muertes tienen sobre los padres porque piensan que al no haber conocido al hijo, es como si no tuvieran derecho a realizar un duelo por el bebé muerto”
(Payàs, 2007)*

Nuestro agradecimiento a quienes saben de duelo; nos han formado y sus trabajos nos han inspirado.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	5
1.1. ORIGEN Y JUSTIFICACIÓN DE LA GUÍA.....	5
1.2. CONCEPTOS, DEFINICIONES Y MAGNITUD DE LA MUERTE GESTACIONAL TARDÍA.....	6
1.3. POBLACIÓN A LA QUE VA DIRIGIDA LA GUÍA.....	8
1.4. CONCEPTOS SOBRE EL DUELO.....	9
2. OBJETIVOS	10
3. MATERIAL Y MÉTODO	11
3.1. CREACIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO PARA LA ELABORACIÓN DE LA GUÍA.....	11
3.2. REVISIÓN BIBLIOGRAFÍA DE LA LITERATURA SOBRE EL TEMA.....	11
3.3. ELABORACIÓN DE LA GUÍA.....	11
3.4. PILOTAJE.....	11
4. RESULTADOS	12
4.1. RECOMENDACIONES COMUNES A PROFESIONALES EN LA MUERTE GESTACIONAL TARDÍA.....	12
4.2. ASPECTOS LEGALES RELACIONADOS CON LA MUERTE GESTACIONAL TARDÍA.....	15
4.3. EL CUIDADO EMOCIONAL DEL PROFESIONAL.....	17
4.4. RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS A PROFESIONALES EN LA MUERTE GESTACIONAL TARDÍA: CIRCUITOS EN LA MATERNIDAD DEL HCUVA.....	19
5. CONCLUSIONES	24
6. ESQUEMA GUÍA DE ACTUACIÓN EN LA MUERTE GESTACIONAL TARDÍA	25
7. ANEXOS	26
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	35

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Origen y justificación de la guía

La vida, el amor, el dolor y la muerte, dan cuerpo a la experiencia humana propia y ajena, alimentando sensaciones que nos moldean y definen. La complejidad de la relación que establecemos con la muerte de otros seres humanos, nos coloca en lugares insólitos y sin duda nos despierta sentimientos de intensidad transformadora.

Cuando la muerte llega a un lugar preparado para recibir vidas nuevas, como una maternidad hospitalaria, se presenta acompañada de incredulidad, asombros, preguntas, rabias, dolor e incertidumbre tanto para las madres y padres como para los profesionales implicados en el proceso asistencial.

Desde esta perspectiva profesional y desde nuestra propias experiencias con la muerte, las matronas del equipo de trabajo identificamos la necesidad de elaborar una guía de actuación y acompañamiento en la muerte gestacional tardía para ofrecer apoyo a aquellos profesionales que se acercan a unos padres que viven la pérdida de un hijo en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (HCUVA), con objeto de mejorar la salud de las mujeres y sus familias actuando profesionalmente como elementos facilitadores en la elaboración de su duelo. Del mismo modo, mediante encuentros con otras matronas españolas de diversas Comunidades Autónomas, constatamos a través de sus vivencias la importancia otorgada y la satisfacción de las mujeres en aquellos centros en los que existe una guía de actuación para profesionales en los casos de duelo perinatal y la mejora en la calidad de los cuidados percibida por estas mismas profesionales a través de testimonios de los padres.

No debemos olvidar que la muerte perinatal puede tener consecuencias sobre diversos aspectos como la relación de pareja o la vivencia de futuros embarazos (Hutti, Armstrong, Myers & Hall, 2015).

Por consiguiente, el acompañamiento multiprofesional, colaborativo e integral en un proceso de muerte gestacional tardía se nos dibuja como una prioridad por el alto impacto emocional que las palabras, los silencios y las actuaciones de quienes atienden a las mujeres y sus familias, ejercen sobre la manera en que posteriormente desarrollarán su duelo. Esto se constata en diversas investigaciones donde el asesoramiento por parte de especialistas se asocia con una mejora de los resultados psicológicos de los padres que sufren una pérdida perinatal (Rogers, Spink, Magrill, Burgess & Agius, 2015).

1.2. Conceptos, definiciones y magnitud de la muerte gestacional tardía

Mortalidad fetal

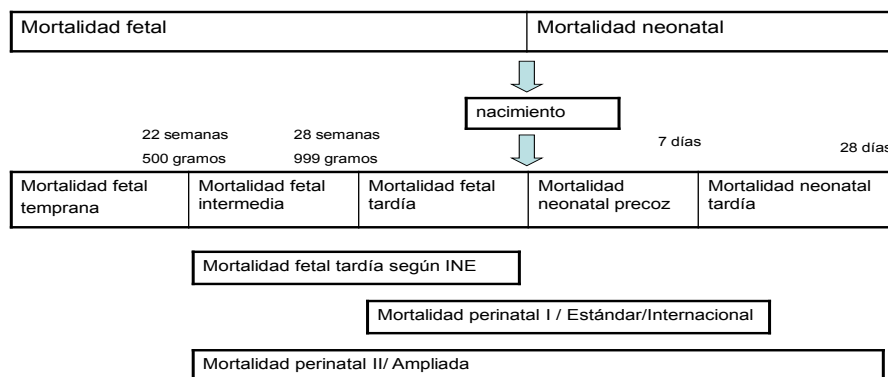
La muerte fetal es aquella que ocurre antes de la expulsión completa o extracción de la madre del producto de la gestación con independencia de las semanas de embarazo (Acién Álvarez, 1998). A su vez se clasifica en tres periodos:

- Muerte fetal temprana: todas las muertes “in útero” de fetos de menos de 22 semanas de gestación y/o 500 gr. Se refiere por tanto a los abortos.
- Muerte fetal intermedia: fetos muertos entre 22 y 28 semanas de gestación y/o entre 500 gr y 999 gr.
- Muerte fetal tardía: incluye las muertes fetales a partir de los 1000 gr de peso o mayores de 28 semanas.

Tradicionalmente la Organización Mundial de la Salud (OMS), ha identificado la viabilidad del feto con una edad gestacional de más de 28 semanas completas de embarazo (Ministerio de Sanidad, 2014). Sin embargo, en la actualidad recomienda la utilización del criterio del peso en el momento de la expulsión o extracción del feto, aunque está sujeto a debate el número de gramos límite para ser viable.

Como consecuencia, el Instituto Nacional de Estadística (INE) en 2016 define la muerte fetal tardía como aquella acontecida antes de la completa expulsión o extracción del cuerpo de la madre de un feto viable, situando la viabilidad en los 500 gr de peso. En caso de no disponer de este dato, se considerarán viables los fetos con 22 semanas cumplidas o más.

Con el objetivo de aportar calidez a las palabras y términos empleados, y siguiendo el ejemplo de otras guías como la editada por Servicio Extremeño de Salud (Santos Redondo, Yañez Otero y Al-Adib Mendiri, 2015), nos referiremos a la muerte fetal tardía como **muerte gestacional tardía**.



Tabl1:
Indicadores
de mortalidad
(tabla
elaborada por
el equipo
investigador
basada en la
SEGO)

Tasa de mortalidad perinatal

Según el Ministerio de Sanidad (2014), la tasa de mortalidad perinatal de un país es el indicador más sensible para la evaluación de la cobertura y calidad de la atención a la salud materno-infantil, sin embargo este concepto varía mucho de unos países a otros; de ahí la dificultad para establecer comparativas internacionales (Umamanita y El Parto es Nuestro, 2009).

En el Reino Unido, según resultados de La Encuesta Confidencial sobre Salud Materno-Infantil en 2009, se recogen un 0,8% de muertes fetales o perinatales (By Ayers, Rados & Balouch, 2015).

En España la mortalidad perinatal (número de muertes desde la semana 28/1000 gr hasta los primeros siete días de vida) ha experimentado un considerable descenso desde 1975 hasta el año 2002, pasando de 20 muertes a tan solo 5 por cada 1000 nacidos vivos al año.

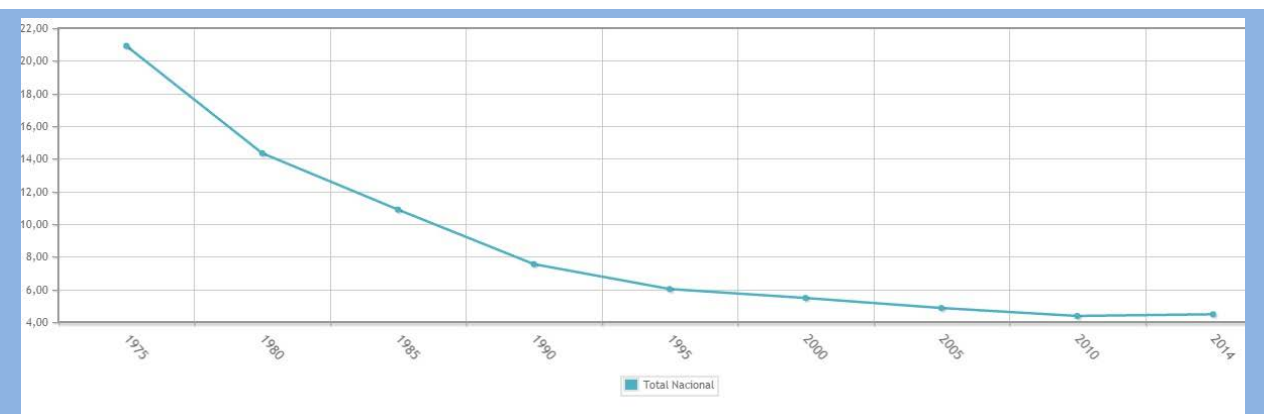


Tabla 2: Evolución de la mortalidad perinatal nacional (1975-2014).
Tabla elaborada por el equipo de investigación. Fuente INE (2016).

En la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, la evolución de la mortalidad perinatal en los últimos años ha sido similar tal y como se refleja en la tabla 3:

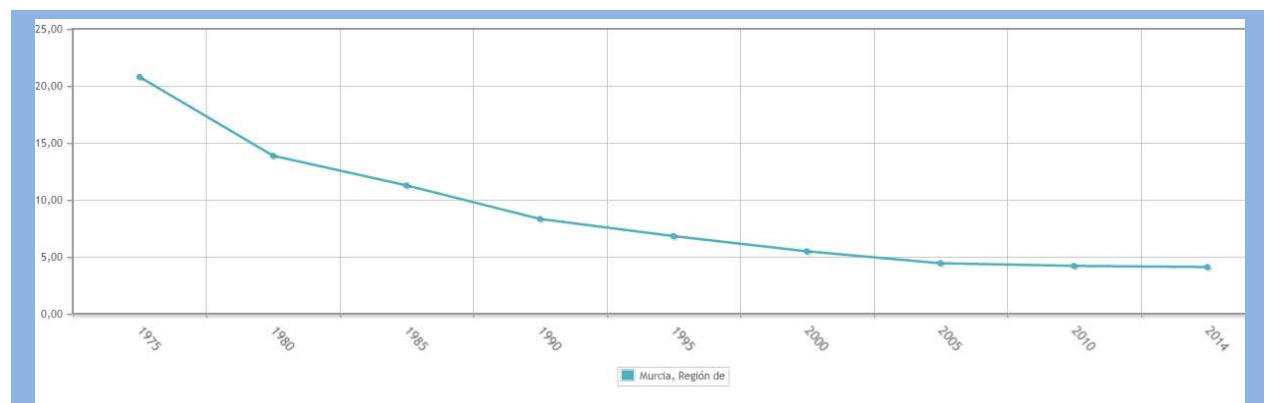


Tabla 3: Evolución de la mortalidad perinatal Región de Murcia (1975-2014).
Tabla elaborada por el equipo de investigación. Fuente INE (2016).

Tras evaluar los datos obtenidos a nivel nacional y regional, consideramos imprescindible establecer la magnitud de la muerte gestacional tardía en nuestro hospital. A partir de estos datos conoceríamos la cantidad de mujeres y familias que podrían beneficiarse de las posibles repercusiones de esta guía para favorecer el acompañamiento y elaboración del duelo tras la muerte de sus hijos. Los registros empleados para ello se remontan a enero de 2010 y finalizan en diciembre de 2014. Durante este periodo hubo una media de 47,2 muertes gestacionales tardías al año (número de muertes fetales desde la semana 22).

Al relacionar el número de fallecimientos con el número total de partos en nuestro servicio obtuvimos los siguientes resultados:

	2010	2011	2012	2013	2014
Muertes gestacionales tardías totales (a partir semana 22)	50	55	40	40	51
Muertes gestacionales semana 22 a la 24. (quedan registradas como abortos no incluyéndose en el registro de partos)	16	7	6	5	8
Muertes gestacionales a partir de la semana 24. (quedan registradas como partos)	34	48	34	35	43
Total partos	7992	7849	7429	7278	7315
% de muertes gestacionales (muertes a partir de la semana 24/total partos x 100)	0,42%	0,61%	0,45%	0,48%	0,58%

A pesar de que los casos de muerte gestacional no suponen una cifra elevada con respecto al número total de partos, somos conscientes de la dimensión emocional del problema tal y como señalamos al inicio de esta guía. Su gran repercusión tanto para las usuarias y familias como para los profesionales, justifica sobradamente desde nuestro punto de vista el tiempo y recursos invertidos tanto en la elaboración de esta guía como en su puesta en marcha.

1.3. Población a la que va dirigida la guía

Tras el consenso del equipo de trabajo, decidimos a priori dirigir esta guía a las mujeres y familias que pasen por un proceso de muerte fetal a partir de las 22 semanas de gestación conforme a esta última definición correspondiente al INE (2016). No obstante nos unimos a la idea de otros autores al afirmar que los consejos y directrices aportadas en ella son aplicables a la muerte intrauterina en cualquier semana de gestación (Santos Redondo, Yañez Otero y Al-Adib Mendiri, 2015). Igualmente podría servir como base para futuros trabajos aplicables en los procesos de muerte neonatal o infantil.

1.4. Conceptos sobre el duelo



El duelo es un camino con corazón

Según Nomen (2009), la raíz etimológica de la palabra duelo hace referencia al dolor y la lucha implícita en el mismo ante la pérdida de algo que sentíamos como propio. En términos psicológicos, se define duelo como el conjunto de procesos psicosociales que siguen a la pérdida de una persona con la que establecemos vínculo. Este proceso viene dibujado por una serie de características tales como que evoluciona en el espacio y el tiempo, nos ocurre a todos aunque cada uno lo afrontemos a nuestro modo, es dinámico, depende del reconocimiento social, es íntimo-social y activo. Las manifestaciones asociadas a un proceso de duelo normal vienen descritas por diversos autores (Nomen, 2009; Payàs Puigarnau, 2014) y se mueven en el plano físico (agotamiento, insomnio, dolor, inapetencia...) y en el plano emocional (tristeza, enfado, desesperación, miedo, deseo de venganza, culpa irracional, ansiedad, soledad emocional, fatiga, shock, alivio e insensibilidad). También abarca respuestas mentales (incredulidad, confusión, dificultad para concentrarse, sentido de presencia como reflejo del anhelo, alucinaciones, pensamientos obsesivos...) y respuestas conductuales (apatía, desgana, hiperactividad, aislamiento, incapacidad para estar solo, distracción, sueños repetitivos, visitar lugares de recuerdo, atesorar objetos de recuerdo...)

En definitiva, un proceso de duelo implica una serie de manifestaciones físicas, psicológicas y conductuales que se consideran normales con una función adaptativa. El duelo es la respuesta global del ser humano a una pérdida. El duelo es un proceso humano doloroso que atañe todas las dimensiones del ser: físico, fisiológico, psicológico, cognitivo, social, cultural y espiritual.



El duelo es una respuesta natural a un acontecimiento natural

¿Cómo reaccionamos en un proceso de duelo? ¿Cuáles son las fases comprendidas en el mismo? Según Kübler-Ross (2006), pionera en hablar sobre la muerte y el moribundo, se describen cinco etapas en el duelo; negación, ira, pacto, depresión y aceptación. Este modelo sencillo y práctico, ha sido superado hoy por diversas cuestiones; la linealidad y la progresión no siempre se cumplen ya que se superponen varios de los estados a la vez y sin duda todos los duelos no finalizan con la aceptación; ¿quién acepta del todo la muerte de un hijo?

Actualmente se habla del concepto de tareas del duelo (Worden, 2004) ya que las fases implican una cierta pasividad, algo que la persona en duelo atraviesa, mientras que las tareas implican que la persona ha de ser activa y puede hacer algo.

El duelo necesita de tiempo para elaborarse; pero no solo el tiempo, el doliente puede decidir cómo afrontar su pérdida y comprender lo que le pasa. Decidir afrontar su duelo encontrando en él mismo los recursos que le permitan seguir adelante.

En otras palabras, el concepto de fases es como algo que hay que pasar, mientras que el enfoque de las tareas da a la persona cierta sensación de fuerza y la esperanza de que se puede hacer algo de forma activa.

Desde esta visión, las tareas del duelo se han definido como:

Tarea I: aceptar la realidad de la pérdida.

Tarea II: trabajar las emociones y el dolor de la pérdida.

Tarea III: adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente.

Tarea IV: recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo.



La necesidad fundamental de todo ser humano es amar y ser amado hasta el final de la vida.

2. OBJETIVOS

Tal y como expresan algunos padres en la guía “Volver a vivir tras la pérdida de un hijo” editada por la Fundación Menudos Corazones (Tarrat, Galindo y Medina, 2014), el objetivo general de las recomendaciones incluidas en el documento es acercarnos sin invadir, respetar los tiempos de cada persona, ofrecer nuestro espacio, nuestros cuidados profesionales desde una actitud de cercanía, prudencia y escucha.

Desde esta visión, el equipo de trabajo planteó los siguientes objetivos específicos:

- Contribuir a la mejora de la salud de las mujeres y sus familias, proporcionando unos cuidados de calidad y favoreciendo el desarrollo de un duelo normal tras una muerte gestacional tardía en el HCUVA.
- Proporcionar herramientas a los profesionales sanitarios para facilitar el acompañamiento a las mujeres y sus familias ante una muerte gestacional tardía en la maternidad del HCUVA.
- Sensibilizar sobre la muerte superando los tabúes culturales y emocionales elaborados en torno a la muerte perinatal.

3. MATERIAL Y MÉTODO

3.1. Creación del grupo de trabajo para la elaboración de la guía

El grupo de trabajo surgió de manera espontánea entre matronas de paritorio con inquietudes en tema de duelo y desde la necesidad detectada de formación y elaboración de herramientas para el manejo de casos clínicos de muertes gestacionales tardías en la maternidad del HCUVA. El grupo decidió realizar formación en duelo y la puesta en marcha de un proyecto de guía de actuación y acompañamiento.

3.2. Revisión bibliografía de la literatura sobre el tema

Se realizaron búsquedas bibliográficas en las bases de datos más relevantes biomédicas; Medline, Cochran, Chinal, y en bases de datos de psicología como PSYKE, Psicodoc, PsycINFO y PsycCritiques.

Los descriptores empleados en inglés y castellano fueron: perinatal death; stillbirth; grief, grief perinatal/ Muerte perinatal; Mortinato; duelo; duelo perinatal (traducidos en Decs). Los criterios de inclusión fueron el idioma (español e inglés) y la fecha de publicación posterior al año 2000 (aunque en libros y textos legales se amplió el rango).

Se consultaron las Guías sobre duelo perinatal más actuales así como páginas web especializadas, Documentos de Sociedades científicas como la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) y documentos elaborados por el Ministerio de Sanidad y el Instituto Nacional de Estadística (INE), así como literatura especializada.

3.3. Elaboración de la guía

La metodología de trabajo fue trabajo grupal, reuniones de consenso, lectura crítica y reflexiva y cierre del documento.

3.4. Pilotaje

El periodo de prueba previsto antes de la implantación definitiva del documento y sus recomendaciones será desde mayo de 2016 a enero de 2017.

4. RESULTADOS: GUÍA DE ACTUACIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO EN LA MUERTE GESTACIONAL TARDÍA.

4.1.RECOMENDACIONES COMUNES A PROFESIONALES EN LA MUERTE GESTACIONAL TARDÍA.

De la revisión bibliográfica se extrajo la importancia de contemplar y difundir algunas habilidades en el manejo del duelo que por su importancia adquieren un tono transversal, de manera que cada uno de los profesionales de la maternidad que atiende a las mujeres y sus familias, debe realizar el trabajo personal de incorporar a sus prácticas asistenciales esos rasgos humanizadores que le acerquen y le permitan empatizar con nuestras usuarias de salud.

Por este motivo, el equipo de trabajo ha elaborado una guía de recomendaciones transversales con el fin de orientar a los profesionales hospitalarios que acompañan en un proceso de maternidad/paternidad de muerte gestacional tardía.

Consideramos igualmente relevante tener en cuenta la red de apoyo familiar de los padres y madres ya que la muerte y el dolor es una experiencia individual pero también social y trabajar contemplando este aspecto puede mejorar los resultados posteriores (Clarke, 2015).



ACOMPAÑAR, HABLAR Y SABER COMUNICAR

La interiorización de la importancia de la comunicación no verbal, constituye un paso de gigante en el acercamiento a las familias que están por elaborar el duelo de un hijo fallecido. Cómo miramos, la rapidez con la que hablamos, nuestros gestos y silencios dicen más que las palabras pronunciadas.

En este sentido, podemos recomendar para facilitar la elaboración de ese duelo aspectos como:

- **Acogida incondicional de los sentimientos de la pareja (no prejuicios).**
- Adoptar una actitud empática en la relación que se establece con los padres, tomando en consideración sus sentimientos y adoptando un rol facilitador. Evitaremos posiciones autoritarias y/o paternalistas que anulan la capacidad necesaria para resolver el duelo por ellos mismos. Procuraremos transmitir nuestro interés en ellos y en su proceso. Para ello **mirarles a los ojos es un recurso necesario.**
- Al hablar con las madres y padres, cuidar detalles tales como la situación de éstos con respecto a los profesionales; es aconsejable estar ambos sentados

en un lugar tranquilo para transmitir una sensación de calma y posibilitar la expresión de sus sentimientos y necesidad de información sin prisas procurando interrumpir lo mínimo posible. Debemos **dirigirnos a ambos miembros de la pareja** de manera equitativa; no excluir al padre del proceso.

- Utilizar un lenguaje accesible, adaptado y cercano con mensajes claros y sencillos. Como parte de esa comunicación cuidaremos los elementos no verbales tales como gestos faciales y evitaremos cruzar los brazos al hablar. Podemos emplear recursos que nos acercan a los padres como quitarnos la bata blanca y **dirigirnos a ellos por su nombre**.
- Interpretar a la vez ese lenguaje no verbal de los padres para determinar si necesitan gestos de acercamiento; tocar el hombro, un abrazo... o por el contrario les resulta más útil un poco de espacio.
- Es importante valorar la utilidad de los **silencios**; proporcionan una pausa para la reflexión y la elaboración-expresión de sentimientos.

Mirarles a los ojos

Dirigirnos a ambos miembros de la pareja

Hablarles por su nombre

RESPETAR LOS SILENCIOS

(Alfárez Maldonado, 2012; Santos Redondo, Yañez Otero y Al-Adib Mendiri, 2015; Umamanita y El Parto es Nuestro, 2009).



PALABRAS QUE ACOMPAÑAN

Según Payás Puigarnau (2014) existen una serie de recursos a emplear en un proceso de duelo tales como:

- Siento mucho lo que estáis pasando.
- No tengo palabras para expresar lo que siento.
- Seguro que le echareis mucho de menos.
- No puedo imaginar por lo que estáis pasando.
- Tened por seguro que estaremos a vuestro lado.
- La gente no se imagina lo difícil que puede ser.
- Cuando intento pensarlo, no puedo imaginar lo terrible que debe ser para vosotros.
- Sé que cada día es un esfuerzo ¿verdad?
- ¿Cómo os sentís? ¿tenéis ganas de hablar?
- ¿Preferís estar solos o que os haga compañía?

- ¿Puedo hacer algo por vosotros?

Sin duda tal y como afirma Payás Puigarnau (2014), sería ideal comenzar un acercamiento a los padres con una frase así;

Me gustaría estar un momento con vosotros, si queréis en silencio, y si tenéis ganas hablamos.

A continuación exponemos algunas **frases de utilidad** en caso de pérdida perinatal:

- Imagino que lo esperabais con mucha ilusión y cuanto lo queráis.
 - La pérdida de un hijo siempre es devastadora; da igual el tiempo que haya estado con nosotros.
 - ¿Qué nombre le habíais puesto? ¿Queréis recordarlo con ese nombre?
 - ¿Qué habíais imaginado para el bebé? ¿Cómo pensáis recordarlo?
 - Tenéis un bebé precioso.
 - No me molesta que lloréis.
- (Payás Puigarnau, 2014; Umamanita y El Parto es Nuestro, 2009)

E incluso nos humaniza y nos acerca al dolor ajeno frases como:

La verdad es que no sé muy bien que deciros. Siento pena por vosotros y vuestro hijo.



PALABRAS QUE ALEJAN

Payás Puigarnau (2014) nos recomienda no emplear en un duelo frases como:

- Ahora tenéis que ser fuertes/ esto os hará más fuertes.
- Intentad distraeros/ el tiempo lo cura todo.
- Ahora ya no sufre.
- Tenéis que recordar las cosas buenas.
- No lloréis que os hace daño; nada os lo devolverá.
- Volved al trabajo enseguida; os distraerá/tenéis que estar ocupados.
- Las cosas pasan porque tienen que pasar. Es la vida; todos tenemos que morir.
- Esto os hará mejores personas.
- Recuerda que hay personas que están peor.
- Ya es hora de que sigas adelante.
- A él/ella no le gustaría verte así.

A continuación exponemos algunas **frases a evitar** en caso de pérdida perinatal Payás Puigarnau (2014), Umamanita y El Parto es Nuestro (2009):

- Suerte que tenéis más hijos/pensad en vuestros otros hijos.
- Mejor ahora que más adelante.
- Seguro que lo superáis/ Sois jóvenes; podéis volver a tener hijos pronto.
- Mejor que hagáis como si no hubiera pasado.
- Hemos sacado las cosas de casa para que no penséis en eso.
- Lo que tienes que hacer es quedarte embarazada enseguida.
- Es la voluntad de Dios/ ahora tenéis un ángel/está en un lugar mejor.
- No es el fin del mundo.
- Al menos no llegasteis a conocerle bien.
- YA LE OLVIDARÉIS.



“...si lo que vas a decir no es más bello que el silencio; no lo vayas a decir...”

(El último de la fila, 1990)

4.2 ASPECTOS LEGALES RELACIONADOS CON LA MUERTE GESTACIONAL TARDÍA

Según el artículo 30 del Código Civil, la personalidad se adquiere en el momento del nacimiento con vida una vez producido el entero desprendimiento del seno materno (Ministerio de la Presidencia, 1889). De este modo podemos deducir, que desde un punto de vista legal aquellos hijos nacidos muertos tienen una ambigua configuración desde el marco legislativo, contribuyendo esa indefinición al desconcierto de algunos padres que viven esa pérdida.

No todos los países tratan de igual manera al niño nacido sin vida; hay distinciones importantes en cuanto a su tratamiento lo que comporta una serie de repercusiones como recibir o no prestaciones sociales los padres, disfrutar de baja por maternidad, y otros derechos inseparables de un proceso de maternidad/paternidad.

En España no existía un registro para los bebés que morían antes de nacer. Ante este vacío, en 2009 se elevó una propuesta al Congreso de los Diputados para elaborar una fórmula legal más cercana a la realidad de una persona que

nace sin vida. De este modo, con la nueva ley 20/2011 del Registro Civil (Ministerio de la Presidencia, 2011), se introdujo esta modificación de manera que se posibilitaría a los padres la adjudicación de un nombre para sus hijos fallecidos.

Un punto importante a considerar dentro del marco legal es la edad gestacional, puesto que es un indicador de aspectos como la viabilidad del niño. Sin duda esa viabilidad va a condicionar la consideración que posteriormente se le otorgue, el destino y las prestaciones sociales asociadas.

¿Cómo se registran los bebés nacidos muertos?

En España, al igual que otros países de Europa, en el Registro Civil las actas de los recién nacidos sin vida contienen datos como: identidad de los padres, fecha y lugar de nacimiento, sexo y nombre del recién nacido.

Por la nueva Ley 20/2011, de 21 de julio, del Registro Civil (Ministerio de la Presidencia, 2011), se sustituyó el libro de legajos de abortos (lugar donde se registraban anteriormente los nacidos sin vida), por un archivo del Registro Civil, sin efectos jurídicos en el que figuran 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 a sus bebés. Este archivo quedará sometido al régimen de publicidad restringida.

A pesar de estar aprobada esta ley 20/2011, lamentablemente no ha entrado a día de hoy en vigor. De manera que los niños que nacen sin vida, cuando se registran no se les puede otorgar nombre. Los encargados de facilitar la documentación a los facultativos y a la familia son los celadores del centro hospitalario donde se produce el nacimiento (si más de 180 días a través de funeraria o servicios sociales en caso de no tener recursos).

En definitiva, a nivel jurídico un niño que nace sin vida es considerado un aborto, independientemente de la edad gestacional.

Desde un punto de vista práctico se sigue el siguiente criterio en la actualidad:

- Criatura de 0 a 25 +5 semanas de gestación: no se registra (anatomía patológica si lo solicitan, se incinera o se lo lleva la familia)
- Criatura de 180 días o 6 meses: obligatorio enterramiento

CIRCUITO del HCUVA:

- Si < 25+5: anatomía patológica (los padres lo desean) y posteriormente incinerar (servicio anatomía) o se lo pueden llevar una vez firmado el documento que los autoriza (se lo entregará el jefe de celadores).
- Si >180 días: si desean anatomía patológica, el ginecólogo de guardia debe hacer petición Selene y firmarla la paciente; el celador facilitará los documentos necesarios al facultativo para el enterramiento (y a la funeraria).

Prestaciones por maternidad

Los profesionales que acompañan a los padres en su pérdida gestacional, tienen la obligación de conocer los derechos legales asociados al proceso, informando convenientemente a la pareja de los mismos.

En los casos de fallecimiento del hijo/a y de alumbramientos que tengan lugar tras más de 180 días de vida fetal, no se verá reducida la prestación por maternidad y/o paternidad aunque no reúna las condiciones establecidas en el artículo 30 del Código Civil para adquirir la personalidad (Ministerio de Empleo y Seguridad Social, 2016 [2009]).

Una pareja que tiene a un bebé muerto de más de 180 días, poseen el derecho a recibir sus prestaciones por maternidad y/o paternidad como unos padres más.

4.3 EL CUIDADO EMOCIONAL DEL PROFESIONAL

Los profesionales que se enfrentan a un proceso de muerte gestacional tardía, experimentan sensaciones que dejan huella y desembocan en actitudes de frustración e impotencia que a largo plazo pueden acabar disminuyendo la calidad de sus acciones profesionales y en ocasiones generando burn-out (síndrome del quemado). El profesional elabora una forma única y personal de administrar cuidados ante la muerte, mezcla de vivencias propias y meramente laborales. A través de estudios cualitativos a profesionales, se han evidenciado algunas de las actitudes profesionales más frecuentes de quienes asisten en procesos de duelos. Se han identificado la tendencia a evadir la situación, a resignarse y a elaborar experiencias de vida a través de estos procesos (Vega et al., 2013). Además suele ser muy frecuente que los profesionales se centren en cuidados físicos o tratamientos médicos para calmar la angustia propia, eludiendo aspectos emocionales para los que nos sentimos menos preparados y más cohibidos. Otros estudios describen síntomas experimentados por los profesionales como dolor, dudas, depresión y sentimiento de culpa y relacionan

el impacto psicológico con factores como la edad avanzada y la práctica de la obstetricia en solitario (Farrow, Goldenberg, Fretts & Schulkin, 2013).

Se hace imprescindible así para los profesionales, tomar conciencia de la importancia de nuestro papel en el desarrollo del duelo de los padres para lo que reconocemos en general la falta de formación en habilidades para el manejo del mismo y la utilidad y necesidad de la misma. Por otro lado, parece clara la existencia de una relación directamente proporcional entre el impacto emocional experimentado por el profesional y las semanas de gestación del bebé que ha muerto (Pastor Montero et al, 2011).

En este sentido, otros autores (Gold, 2006) señalan aquellos aspectos importantes reseñados por padres que han pasado por un proceso de duelo. Éstos dan importancia a aspectos como cuidados emocionales, atención física, información sobre el nacimiento y un trato respetuoso con padres y su criatura.

Por lo tanto, el profesional que acompaña en una muerte gestacional tardía sufre y necesita habilidades para el manejo constructivo emocional de las que carece por su formación eminentemente biomédica. La escasez de los procesos hace en ocasiones no considerar prioritaria esa formación en duelo, hecho que repercute negativamente en la salud físico-emocional de quienes trabajan cerca de la muerte.

Así pues, la formación pre y postgrado es la herramienta clave para proporcionar recursos de afrontamiento propios y asistenciales (Steen, 2015) así como la existencia de guías de actuación que ayuden a incorporar a nuestra cultura colectiva hospitalaria la valoración y resolución de conflictos emocionales, asumiendo en definitiva la necesidad de formación e incorporación de habilidades en la atención en el proceso de duelo.

Formar al profesional en duelo es cuidarlo y enseñarle a cuidar.

Algunas recomendaciones para profesionales (Santos Redondo, Yañez Otero y Al-Adib Mendiri, 2015):

- Cuidar que no siempre atiendan los mismos profesionales estos casos.
- Expresar entre los miembros del equipo los sentimientos y dificultades con naturalidad: ofrecer ánimo y ayuda al que atiende el caso.
- Crear grupos de ayuda entre compañeros.
- Si atender alguno de estos casos supone un problema; posponerlo y dejarlo en manos de una compañera. Aceptar nuestros límites.
- Intentar un lapso de tiempo de recuperación emocional entre la atención a una muerte gestacional tardía y el siguiente caso; trabajo en equipo. Si es posible no compaginar la asistencia a un proceso de duelo con un parto normal.

El equipo de trabajo es soporte emocional del que asiste y acompaña a los padres en la muerte gestacional.

4.4 RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS A PROFESIONALES EN LA MUERTE GESTACIONAL TARDÍA: CIRCUITOS EN LA MATERNIDAD DEL HCUVA

Asumiendo la necesidad de formarnos e incorporar habilidades en duelo, los profesionales de la maternidad del HCUVA que acompañamos a unos padres ante la muerte de un hijo, tendremos que utilizar estrategias y recursos o herramientas diferentes para la atención adecuada en el proceso de duelo gestacional tardío, dependiendo de la ubicación de nuestro servicio.

Para gestionar eficazmente nuestra atención, reseñaremos algunas particularidades de las Unidades implicadas en el proceso de atención en una muerte gestacional tardía, ofreciendo una serie de recursos a los profesionales que se acercan a unos padres que sufren.

Urgencias Maternal (URMA): CÓMO DAR UNA MALA NOTICIA

Cuando acude una mujer y su familia a un servicio de Urgencias Maternal con o sin la sospecha de la muerte de su bebé, es de vital importancia contemplar la trascendencia de la manera en que se comunica esa noticia. Lo primero imprescindible para un profesional, es realizar un acto de reflexión de la importancia de transmitir adecuadamente la peor de las noticias. Asumiremos así una actitud profesional empática, paciente y respetuosa ante las manifestaciones asociadas al duelo. Según Pastor Montero et al. (2011), ese momento de comunicar la mala noticia genera en los profesionales una ansiedad y estrés que, unido al común desconocimiento en temas de duelo, desemboca en una distante y deficiente actuación en ese primer momento de impacto para los padres. Al final, el profesional sabe que va a causar dolor con sus palabras y no está formado para ello; nos educan para cuidar, curar, asistir, ayudar pero no para dañar ni siquiera con palabras.

Recomendaciones para profesionales de la URMA:

- Realizar un abordaje multidisciplinar.
- Presentarnos por nuestro nombre y preguntar qué le preocupa o qué sospecha y por qué.
- Procurar un entorno tranquilo, íntimo y transmitir calma e interés sin denotar prisa.
- Si se sospecha una muerte fetal procurar que la madre esté acompañada durante la realización de la ecografía de confirmación.
- Cada pareja reacciona de manera diferente ante la noticia de la muerte de un hijo; contemplar factores personales, socioculturales y físicos.
- Hablar con la pareja en un diálogo a dos bandas; profesional y usuaria/os.
- Al comunicar la noticia usaremos recursos como:

Como estabas sospechando por la ausencia de movimientos, la ecografía confirma que el bebé no tiene latido; lo siento mucho.

Tras comunicar esa noticia; dejar tiempo para su asimilación, negación y expresión de emociones.

- Contestar a sus preguntas y ofrecer la información que ellos demanden: **¡cuidado con el exceso de información!**
- Repetir la noticia varias veces para evitar falsas expectativas.
- Ofrecer las alternativas terapéuticas disponibles; inducción inmediata o pospuesta. Ofrecer el parto vaginal por sus ventajas físicas y emocionales para elaborar el duelo. La conducta activa inmediata habitual puede ser complementada con la opción de una actitud expectante puesto que otros protocolos así lo sugieren (Santos Redondo, Yañez Otero y Al-Adib Mendiri, 2015). Se puede dar a elegir a los padres, si la situación clínica lo permite, si desean posponer la inducción un tiempo prudente hasta que hayan organizado su situación y sus emociones. El permitir que vayan a casa, hablen con su pareja/familia o simplemente lloren unos minutos, a veces es suficiente y muy necesario para posibilitar una correcta elaboración del duelo. La toma de decisiones con apoyo es importante para el desarrollo del duelo de los padres (Flenady y Willson, 2008).
- Tras comunicar la noticia dejar un tiempo y un espacio para la toma de decisiones calmada y la expresión de sentimientos en intimidad; podemos salir de la consulta y esperar unos minutos.
- Actitud de respeto ante la decisión de los padres.
- Siempre que sea posible; la persona que da la mala noticia hará un seguimiento estableciendo un pequeño compromiso con los padres.
- Entender las acusaciones si las hubiera como parte de su duelo; **paciencia y empatía.**
- Antes de subir a la planta de gestantes: comunicar al personal de la planta el caso y gestionar si es posible habitación individual.

(Buckmann, 1998; Criado, Criado y Melchor, 2011; Fernández-Alcántara, Cruz-Quintana, Pérez-Marfil y Robles-Ortega, 2012; Galindo, Tarrat, Hernández y Medina, 2012; Ridaura, 2015; Santos Redondo, Yañez Otero y Al-Adib Mendiri, 2015)

PLANTA DE GESTANTES: UNA MADRE MÁS

Una vez en Planta procurar intimidad, evitar preguntas inoportunas y favorecer la expresión de los sentimientos además de proporcionar los cuidados físicos prescritos habituales.

Incluir la documentación necesaria para la posterior necropsia ya firmada, consentimiento de epidural si la desea y procurar adelantar aquellos formulismos necesarios antes del momento del nacimiento de su hijo.

PARITORIO: LA DESPEDIDA

Cuando la mujer ingrese en Paritorio, ocupará si es posible, un espacio individual preferentemente dedicado a este tipo de procesos de muerte gestacional tardía. La importancia de adecuar un espacio para realizar una despedida íntima y pausada, viene recogida en los protocolos más recientes de duelo perinatal (Santos Redondo, Yañez Otero y Al-Adib Mendiri, 2015; Umamanita y El Parto es Nuestro, 2009). Estos espacios son factor protector del duelo y dan pruebas fehacientes de la calidad asistencial de la institución. En el caso de que el espacio sea el común, identificaremos la UTPR con señalización cromática de forma que los profesionales conozcan el caso a través del programa informático.

En general se recomienda que las mujeres **experimenten su proceso de parto** y tendremos en cuenta algunas recomendaciones (Hospital General Universitario Gregorio Marañón, 2011):

- Administración de acuerdo con el servicio de anestesia de epidural si la mujer lo desea precozmente evitando excesivas sedaciones que interfieran en su proceso de duelo.
- Proporcionar información del proceso a medida que la demanden.
- Tratar al bebé con sensibilidad y respeto tal y como si estuviera vivo (evitar ponerlo en superficies frías, procurar cogerlo en brazos...)
- Hablar con los padres de los signos visibles del bebé y **animarles a que lo toquen o sostengan en brazos**. Durante las dos horas de puerperio inmediato, los padres podrán permanecer con su hijo el tiempo que deseen y solo lo prepararemos y retiraremos cuando nos lo indiquen o se cumplan las dos horas flexibles de puerperio inmediato.

Priorizando la relación bebé familia sobre la de paciente-hospital.

- Tras un rato de intimidad se preguntará a los padres si desean que pasen más familiares y que indiquen específicamente cuales.
- Facilitar asistencia religiosa si la demandan y respetar la realización de sus ritos religiosos/culturales en intimidad.
- Los recuerdos tangibles son una fuente de consuelo y herramienta para construir efectivamente el duelo, y desde esa idea se le ofrecerá a la pareja una **“caja del recuerdo”** que contiene:
 - Tarjeta para anotar: nombre y apellidos, fecha, peso y huella plantar. La tarjeta contendrá una frase.
 - Poner la pulsera de identificación a la madre y meter en la caja la del niño.
 - Elementos opcionales: mechón de pelo, gorro, manta, camiseta del bebé...

La matrona decidirá en función de las características y demandas de los padres qué elementos opcionales incluir en la caja del recuerdo y la ofrecerá de forma voluntaria.

- Si los padres solicitan un recuerdo fotográfico permitirles realizarlo con sus propios dispositivos. Estos elementos favorecerán la integración de recuerdos que atestigüen la existencia de ese bebé, aspecto que facilitará la elaboración del futuro duelo. Si el aspecto del bebé así lo aconseja podemos recomendar fotografías de partes como una mano, un pie... Si se dispone de medios materiales adecuados, se puede realizar una fotografía y dejarla en la historia durante un tiempo porque los padres a veces se ven sobrepasados en el momento del nacimiento de su hijo y sin embargo pasado un tiempo se arrepienten y si existe esa imagen la reclaman. Existe evidencia clara de que estos recuerdos tangibles ayudan en ese proceso de aceptación de la realidad de la muerte de un bebé.
- Entregaremos a los padres un folleto que contiene las recomendaciones para madres y padres elaborado por el equipo de trabajo.

CESÁREA

Si el parto finaliza en cesárea: la matrona se ocupará de realizar los mismos procedimientos y procurar un espacio y un tiempo para que la madre vea a su bebé y pueda despedirse de él (en el propio quirófano o en rea) y posteriormente trasladar al bebé con el resto de familiares a la UTPR reservada para tales procesos y darles tiempo para despedirse hasta el traslado del cuerpo.

Tras el parto/cesárea deberíamos preguntar a la mujer en que planta desea ser ingresada; es posible que la mujer prefiera evitar estar junto a otras madres y recién nacidos y desee permanecer en plantas como ginecología, sin embargo, en otros casos el ingresar en maternidad es una forma de reconocer que ha sido madre y esto podría beneficiar el proceso de duelo.

Antes de subir a planta la matrona hablará con el personal que atenderá a la puérpera para comunicar que se trata de una muerte gestacional y así poder preparar la habitación antes de que suba.

Se registrará el cumplimiento de protocolo según la ficha incluida en el Anexo 2.

PLANTA HOSPITALIZACIÓN

Los profesionales deberán hacer un esfuerzo porque esta mujer reciba todos los cuidados propios de su proceso igual que el resto de mujeres ingresadas en maternidad (asesoramiento sobre la lactogénesis, analgesia, vigilancia de la evolución de la sutura perineal si la hubiera, educación sobre cuidados en el puerperio....)

LACTOGÉNESIS EN LA PÉRDIDA GESTACIONAL TARDÍA

Las madres que viven la pérdida de hijo/a necesitan saber cuáles son las alternativas que la evidencia nos muestra para el manejo de la lactogénesis de una manera efectiva en la elaboración del duelo. Se sabe que la supresión farmacológica de la producción láctea supone un bloqueo neuropsicológico por el cese de producción de oxitocina, prolactina y endorfinas que a su vez actuarían como protectoras ante el estrés y la depresión. Debemos superar la actitud paternalista de suprimir la lactancia sin ofrecer alternativas; nos podemos equivocar. Es posible por ejemplo que esa madre desee donar esa leche a un banco, quizá tenga otros hijos lactantes y desee continuar con ella e incluso se puede ofrecer la posibilidad de una inhibición fisiológica mediante extracción de pequeñas cantidades para evitar ingurgitación con sacaleches. Obviamente la inhibición farmacológica continúa siendo una opción; algunas madres expresan claramente su deseo de ella (Santos Redondo, Yañez Otero y Al-Adib Mendiri, 2015).

La matrona de lactancia y el resto de profesionales, ofrecerán su apoyo en la decisión que adopte la mujer libre e informada y se le ofrecerá un seguimiento en consulta si lo desea en especial si elige alguna opción distinta a la inhibición farmacológica.

TRAS EL ALTA

Se ofrecerá un informe de cuidados al alta y se recomendará una visita puerperal con la matrona de su centro de salud en los siguientes 10 días.

Realizaremos un seguimiento del registro de protocolo.

La mujer en el domicilio se encuentra en una situación de vulnerabilidad, físico-emocional, la Atención Primaria constituye un punto de referencia para estos padres.

Es ampliamente conocida la importancia de los grupos de ayuda y grupos de duelo. En el Anexo 3, incluimos información de interés para hacerla llegar a los padres.

5. CONCLUSIONES

Este proyecto ha sido un camino lento y meditado, reposado y sereno, tal y como el tema precisa desde nuestra visión. Tras finalizar el mismo, podemos concluir que la importancia clínica otorgada al duelo por la pérdida de un hijo va manifiestamente creciendo en los entornos hospitalarios de la red pública española, como así lo reflejan algunos de los magníficos protocolos que nos han servido de inspiración en nuestro trabajo (Santos Redondo, Yañez Otero y Al-Adib Mendiri, 2015; Umamanita y El Parto es Nuestro, 2009).

Coincidimos en valorar muy positivamente el enfoque cualitativo en muchas de las investigaciones reseñadas, ya que desde el conocimiento de los sentimientos de los protagonistas de la pérdida de un hijo nos acercamos a una asistencia de calidad multiprofesional (By Ayers, Rados & Balouch, 2015; Gold, 2006)

Así, habiendo asimilado la importancia que como profesionales tenemos en la elaboración del duelo de una pareja que pierde a su hijo, se nos hace imprescindible contagiar a todos y cada uno de los actores que acompañan a mujeres y sus familias en un duelo gestacional tardío, de esa inquietud por saber, acercarnos, respetar, acompañar y cuidar con principios.

Obviamente, consideramos imprescindible la formación continuada tal y como afirma Steen en 2015, pre y posgrado siendo herramienta clave para adquirir esas habilidades de acompañamiento efectivo e integral. La creación de herramientas destinadas a profesionales tales como guías de estas características, constituirán elementos facilitadores en la adquisición de las tan necesitadas habilidades de comunicación y trato personal y directo.

Futuras investigaciones

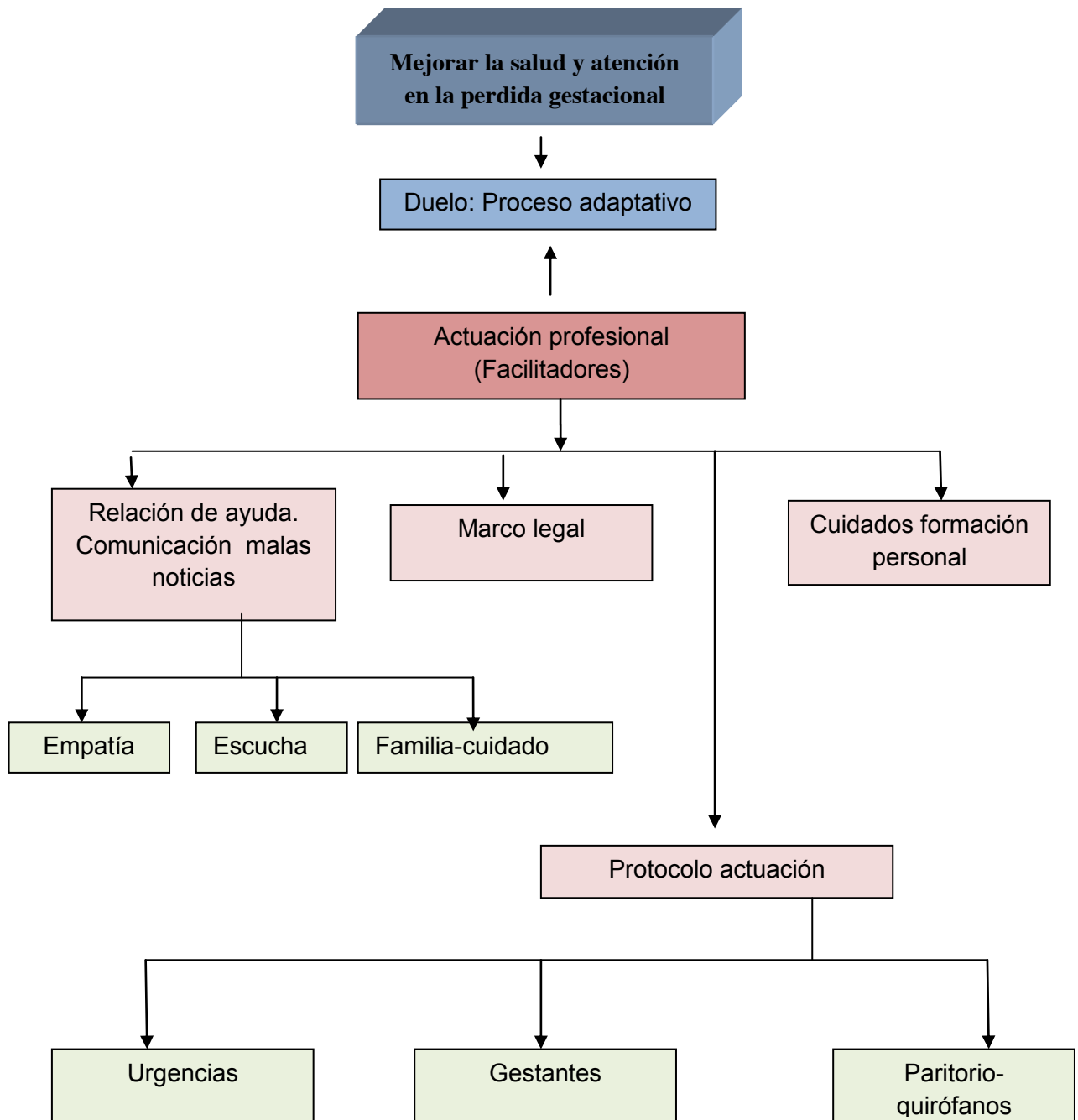
El equipo de trabajo se plantea al cierre de esta guía, aspectos a incluir en un futuro que la refuercen y consoliden como un acercamiento al área perinatal e infantil para extender estos cuidados y planteamientos a niños fallecidos en nuestras maternidades y sus familias y al resto de la Región de Murcia.

A su vez nos proponemos hacer un seguimiento del cumplimiento de la guía en el área de Parto y quizá en un futuro plantear trabajos de enfoque cualitativo a través de encuestas telefónicas de seguimiento a las mujeres atendidas para acercarnos a ellas desde sus propias percepciones y experiencias tal así como las visiones de los profesionales que asisten en el duelo tal y como vienen planteando autores como Pastor Montero et al (2011) y Vega et al. (2013).

*Somos el ser que se crece.
Somos un río derecho.
Somos el golpe temible
de un corazón no resuelto.
De cuanto fue nos nutrimos,
y así somos quienes somos
golpe a golpe y muerto a muerto.*

Sabriel Celaya

6. ESQUEMA GUÍA DE ACTUACIÓN EN LA MUERTE GESTACIONAL TARDÍA.



7. ANEXOS**Anexo 1. FORMULARIOS EMPLEADOS PARA EL REGISTRO DEL BÉBE
NACIDO MUERTO EN EL HCUVA.**

INFORME MÉDICO

EL Dr D.

Licenciado en Medicina y Cirugía, con ejercicio en Murcia, con número de Colegiado.....y que presta sus servicios en este Hospital.

CERTIFICA: Que el día..... dedel año 2.0.....

D^a....., ha expulsado un FETO

De un tiempo aproximado desemanas ydías y de sexo.....

Se extiende este informe a efectos de enterramiento.

El Palmar(Murcia), a..... dedel año 2.0.....

Fdo:

(Nombre y Apellidos)

A rellenar, si procede, por la Jefatura de Personal Subalterno

D..... en calidad de
.....de la enferma D^a.....
mediante el presente escrito, autoriza la destrucción del FETO
arriba indicado.

El Palmar, a.....de.....del año.2.0.....

Fdo:
(Nombre y Apellidos)

Nº DNI:

**FIRMADO POR
ELLOS SI LO DEJAN
EN EL HOSPITAL**

SE PUEDE HACER CON



REF.:
Nº S. S. Materna.:
Nº Hª Materna.:

Servicio de Anatomía Patológica

ESTUDIO NECROPSICO DE EMBRIONES / FETOS

AUTORIZACIÓN

D./Dña.....
Como.....(grado de parentesco), D.N.I nº.....
Autorizo al servicio de Anatomía Patológica de este hospital para el estudio total/ parcial del cadáver de....., y su posterior entrega a la familia / incineración.(táchese lo que no proceda)
Murcia, a.....de.....del año 2.0.....

FIRMA

Nombre de la madre:.....
Edad.....Procedencia:.....Dr.:.....
Semanas de gestación:.....Peso placenta:.....Peso feto:.....Sexo:.....
¿Embarazos previos? Si No ¿normales? Si No

EMBARAZO ACTUAL.-

Amenaza de aborto	SI	NO	Incomp. Rh	SI	NO
Hipertensión	SI	NO	Amniocentesis	SI	NO
Toxemia gravídica	SI	NO	Hemorragia anteparto	SI	NO
Polhidramnios	SI	NO	Pirexia materna	SI	NO
Otros					

INCIDENCIAS DEL PARTO.-

Inducción:.....espontáneo / médica / quirúrgica / ¿por qué?

Ruptura de membranas:..fecha:.....hora:

Líquido amniótico:.....normal /escaso /excesivo. Color:

Sufrimiento fetal:.....Si No ¿Por qué?

Fecha expulsión:

Hora:

Fecha muerte:

Hora

Otras observaciones de interés:

SE PUEDE HACER CON
SELENE



SERVICIO DE.....

HOJAS DE AUTORIZACIÓN DE NECROSIAS

Don, D.N.I.....
 Familiar representate (grado de parentesco)del
 FALLECIDO, D^o.....D.N.I.....,
 Autoriza al servicio de Anatomía Patológica del ("Hospital Clínico Universitario Virgen
 de la Arrixaca"), la práctica de ESTUDIO NECRIPSICO y firma la presente en.

El Palmar adede.....

Fdo.....

RESUMEN CLINICO:

**IMPORTANTE FIRMA
DE LA MADRE**

JUICIO CLINICO.



HOSPITAL MATERNO-INANTIL

Jefatura de Personal Subalterno

Nombre:

DNI:

En calidad de
certificado médico de expulsión de un feto de:
para su enterramiento.

retira de esta Jefatura, el original del

El Palmar a de

de 20

Fdo:

FETO +

NOMBRE Y APELLIDOS: _____

CARTILLA N°: _____

HISTORIA N°: _____

GRUPO SANGUINEO: _____

DÍA: _____ HORA _____

PESO DEL FETO : _____

PESO DE LA PLACENTA: _____

DIAS DE GESTACION: _____

SEXO: _____

RELLENAR POR AUXILIAR
Y ADJUNTAR AL FETO

FETO +

NOMBRE Y APELLIDOS: _____

CARTILLA N°: _____

HISTORIA N°: _____

GRUPO SANGUINEO: _____

DÍA: _____ HORA _____

PESO DEL FETO : _____

PESO DE LA PLACENTA: _____

DIAS DE GESTACION: _____

SEXO: _____

HOJA PARA EL REGISTRO LA RELLENA JEFE DE CELADORES

N.º 0007774 /01

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)

Anexo 2. EVALUACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN Y ASIMILACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES DE LA GUIA POR PARTE DE LOS PROFESIONALES EN PARITORIO

DATOS PERSONALES (espacio destinado a pegatina de la usuaria)

¿Se les ofreció a los padres y familiares permanecer junto al bebe el tiempo que desearan durante el puerperio inmediato?

Si No

--	--

¿Se les ofreció a los padres la posibilidad de llevarse a casa algún recuerdo de su bebé?

Si No

--	--

Datos maternos;

Paridad

Esterilidad previas: SI NO

Semanas gestación

Sugerencias/ dificultades encontradas por parte del profesional para llevar a cabo las recomendaciones de la guía:

(* Desde el momento que estos ítems sean incluidos en el programa informático Selene no será necesario cumplimentar este registro en formato papel)

Anexo 3. INFORMACIÓN DE APOYO E INTERÉS PARA PADRES

- Asociación de ayuda por la pérdida de un ser querido. Murcia
<http://www.asociacionamanecer.com/>

- Acompañamiento en la pérdida gestacional:
 - <http://www.umamanita.es/>
 - <http://www.menudoscorazones.org/wp-content/uploads/Guia-Duelo-II-baja.pdf>
 - www.lacunavacia.com
 - <http://superandounaborto.foroactivo.com/>
 - <http://www.lasvocesolvidadas.com/>
 - <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/siempre-en-elcorazon-sobre-muerte-gestacional-y-perinatal>
 - www.petitsambllum.org

- Cómo explicarle la muerte a nuestros hijos:
 - <http://www.dgt.es/Galerias/seguridad-vial/unidad-de-victimas-de-accidentes-de-trafico/protocolos/guia-duelo-infantil-fmlc.pdf>

- Red social de apoyo al duelo y la enfermedad:
 - <https://www.duelia.org/>
 - <http://apoyoalduelo.com>
 - www.vivirlaperdida.com
 - Blog de Artemori. <http://www.artmemori.com/>
 - Grupo s de Facebook:
 - Alcora: grupo de apoyo a la pérdida perinatal (Almería) Ayuda en duelo. • <https://www.facebook.com/Alcora-Grupo-de-Apoyo-a-la-Perdida-Perinatal-de-Almer%C3%ADa-635390286605421/>
 - Nelumbo https://www.facebook.com/permalink.php?story_fbid=1672771376307540&id=1636122206639124

- Formación en duelo gestacional y perinatal online:
 - <http://duelogestacionalyperinatal.com/>
 - <http://www.fundacionmlc.org/proyectos/psicologia-de-duelo/>
 - www.asociacionpsicologiaperinatal.com

- Enlaces webs relacionadas con el duelo en la maternidad:
 - <http://mimosytablog.com/perdida-del-bebe/>
 - <http://ninosdelagua.blogspot.com.es/search/label/Taller%20Duelo>
 - www.eraenabril.org/

- Web oficial del I.N.S.S. donde puedes encontrar las prestaciones para maternidad y paternidad.
www.segsocial.es/Internet_1/Trabajadores/PrestacionesPension10935/index.htm

- Web sobre la muerte perinatal y neonatal en Estados Unidos. En castellano.
www.missfoundation.org/spanish/index.html

LIBROS:

- La cuna vacía. El doloroso proceso de perder un embarazo. AAVV. La esfera de los libros. 2009.
ISBN: 9788497348508

- Las voces olvidadas. Pérdidas Gestacionales Tempranas (2ª Ed.).
MÁngeles Claramunt y Mónica Álvarez. Obstare, 2014 ISBN:
9788494182617

REVISTA DIGITAL:

- Aprendiendo a vivir después de la muerte gestacional, muerte perinatal, infantil e infertilidad.
www.miraralcielo.net

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acién Álvarez, P. (1998). *Tratado de obstetricia y ginecología. Obstetricia*. Alicante, España: Moloy.

Alfárez Maldonado, D. (2012). La comunicación en la relación de ayuda al paciente en enfermería: saber qué decir y qué hacer. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 3(2), 147-157.

Buckmann R (1998 [1992]). How to break bad news. Traducción catalana: Com donar les males noticies. Barcelona: EUMO.

By Ayers, S., Rados, S. N. & Balouch, S. (2015). Narratives of traumatic birth: Quality and changes over time. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 7, 234-242.

Clarke, J. (2015). Perinatal grief as a deeply social experience: perspectives of bereaved parents. *BMJ Support Palliat Care*, 5 1-18.

Criado Enciso, F., Criado Santaella, C. y Melchor Marcos, J. C. (2011). Protocolo de actuación psicósomática en las pérdidas fetales y perinatales. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 54(3), 148-156

Cruz, E., Lapresta, M., José, Y., Andrés, P. y Villacampa, A. (2004). Mortalidad Perinatal. Distribución según la edad y el peso al nacimiento. Causas más frecuentes. Revisión epidemiológica de 10 años. *Clin Invest Gin Obst*, 31(9), 323-27.

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.

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.

Flenady, V. y Wilson, T. (2008). Apoyo a madres, padres y familias después de la muerte perinatal. (Revisión Cochrane traducida). En Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>

Galindo, A., Tarrat, B., Hernández, A.B. y Medina, M. (2012). *Primeros momentos tras la pérdida de un hijo*. Madrid: Menudos Corazones. Recuperado de <http://www.menudoscrazones.org/wp-content/uploads/MC0038-Gui%E2%95%A0%C3%BCa-de-Duelo-Baja.pdf>

Gold, K. J. (2006). Cuidados tras la muerte de un bebé: una revisión sistemática de la experiencia de los padres con los profesionales sanitarios. Recuperado de <http://mimosytablog.com/wp-content/uploads/2009/06/Gold.pdf>

Hospital General Universitario Gregorio Marañón (2011). *Actuación de la matrona ante la muerte perinatal*. Protocolo asistencial. Disponible en http://www.redelhuecodemivientre.es/wp-content/uploads/Protocolo_Gregorio_Maranon_Madrid.pdf

Hutti, M. H., Armstrong, D. S., Myers, J. A. & Hall, L. A. (2015). Grief Intensity, Psychological Well-Being, and the Intimate Partner Relationship in the Subsequent Pregnancy after a Perinatal Loss. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 44(1), 42-50.

Instituto Nacional de Estadística (2016). Movimiento natural de la población : Metodología. Recuperado de <http://www.ine.es/metodologia/t20/t2030301.htm>

Kübler-Ross, E. (2006). *La muerte: un amanecer*. Barcelona: Ediciones Luciérnaga.

Ministerio de Empleo y Seguridad Social (2016[2009]). Real Decreto 295/2009, de 6 de marzo, por el que se regulan las prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social por maternidad, paternidad, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural.

Recuperado de http://www.seg-social.es/Internet_1/Normativa/index.htm?ssUserText=209873&dDocName=116462

Misterio de la Presidencia (1889). Real Decreto de 24 de julio de 1889 por el que se publica el Código Civil. BOE. Artículo 30. Libro I, Título II. Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1889-4763>

Ministerio de la Presidencia (2011). Ley 20/2011, de 21 julio, del Registro Civil (BOE núm. 175, de 22-07-2011, pp. 81468-81502). Libro IV, título I. Recuperado de <http://civil.udg.es/normacivil/estatal/lec/l4t1.htm>

Ministerio de Sanidad (2014). *Indicadores de Salud 2013: Evolución de los indicadores del estado de salud en España y su magnitud en el contexto de la Unión Europea*. Recuperado de <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/docs/Indicadores2013.pdf>

Nomen Martín, L. (2009). *El duelo y la muerte. El tratamiento de la pérdida*. Madrid: Pirámide.

Payás Puigarnau, A. (2007) en J. Carles Ambrojo, *Duelo por el bebé que se fue al nacer*. Barcelona: El País. Recuperado de http://elpais.com/diario/2007/01/16/salud/1168902003_850215.html

Payás Puigarnau, A. (2014). *El mensaje de las lágrimas. Una guía para superar la pérdida de un ser querido*. Barcelona: Paidós.

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 salud¹. *Rev. Latino-Am. Enfermagem Artículo Originale 19(6):[08 pantallas] nov.-dic.*

Ridaura Pastor, I. (2015). Estudio del duelo perinatal: interrupciones médicas del embarazo, muertes prenatales y muertes postnatales (Tesis Doctoral). Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona

Rogers, J., Spink, M., Magrill, A., Burgess, K. & Agius, M. (2015). Evaluation of a Specialised Counselling Service for Perinatal Bereavement. *Psychiatry Danubina, 27*, 482-485.

Santos Redondo, P., Yañez Otero, A. y Al-Adib Mendiri, M. (2015). *Atención profesional a la pérdida y el duelo perinatal durante la maternidad*. Servicio Extremeño de Salud.

SEGO. (2010). *Guías de prácticas de asistencia. Medicina Perinatal. Definiciones Perinatológicas*. Disponible en <http://www.prosego.com/categoria-guia-asistencia/medicina-perinatal/page/2/>

Steen, S. E. (2015). Perinatal death: bereavement interventions used by US and Spanish nurses and midwives. *International journal of palliative nursing, 21(2)*.

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>

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>

Vega Vega, P. A., González-Rodríguez, R., Palma-Torres, C., Ahumada-Jarufe, E., Oyarzún-Díaz, C. y Rivera-Martínez, S. (2013). Develando el significado del proceso de duelo en enfermeras (os) pediátricas (os) que se enfrentan a la muerte de un paciente a causa del cáncer. *Aquichan, 13(1)*.

Worden, W.J.(2004). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós.